

# **Styrets roller**

## **og**

# **økonomistyring**

En studie av styremedlemmenes oppfatninger av styrets roller og økonomistyring i de lokale helseforetakene



**Mari Sæther**

Masteroppgave i statsvitenskap

Universitetet i Oslo

Institutt for statsvitenskap

**Vår 2009**



## FORORD

Min interesse for styring i de norske helseforetakene ble for alvor vekket da jeg skrev bacheloroppgave i statsvitenskap om ”Sentralpolitisk styring i den norske, regionale helseforetaksmodellen”. Det var da jeg ble oppmerksom på hvordan helseforetakenes særegne organisering og tilknytning til staten, gir interessante ringvirkninger for styringen av og i helseforetakene. I masteroppgaven har jeg fått anledning til å videreføre min interesse for styring. Jeg har gjennomført en studie av styremedlemmenes oppfatninger av styrets roller og økonomistyring i de lokale helseforetakene. Ordofanget for hele masteroppgaven er 29 115.

Masteroppgaven har vært en lærerik prosess, og jeg takker alle som har gjort det mulig for meg å skrive denne oppgaven. En stor takk går til professor Tore Hansen som har vært veilederen min i høst- og vårsemesteret 2008/ 2009. Tusen takk for alle faglige og metodiske innspill, i tillegg til din genuine interesse og motiverende holdning hele veien. Videre takker jeg Norsk Institutt for by- og regionforskning, Nordlandsforskning og Rogalandsforskning for datasettet. En stor takk går også til Åsmund for all støtte og oppmuntring underveis. Jeg takker mamma og pappa for all omtanke, og korrekturlesning av oppgaven.

Innhold, eventuelle feil og mangler står jeg ene og alene ansvarlig for.

Oslo, mai 2009

Mari Sæther

## INNHALDSFORTEGNELSE

|   |               |
|---|---------------|
| <b>KAPITTEL 1: INNLEDNING .....</b>   | <b>6</b>      |
| 1.1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING .....   | 6             |
| 1.2 RAMMEBETINGELSER OG ØKONOMISK UTVIKLING FOR<br>HELSEFORETAKSMODELLEN OG STYRET .....                | 8             |
| 1.3 FORMELL ORGANISASJONSSTRUKTUR.....  | 8             |
| 1.4 FORMELT LOVVERK .....   | 15            |
| 1.5 FORMELL ØKONOMISTYRING.....   | 16            |
| 1.6 FORMELLE TILTAK OG SANKSJONER .....   | 17            |
| 1.7 DRØFTING: FORMELT HANDLINGSROM?.....  | 18            |
| 1.8 ØKONOMISK UTVIKLING I HELSEFORETAKENE .....   | 19            |
| 1.9 OPPSUMMERING .....  | 23            |
| <br><b>KAPITTEL 2: TEORI.....</b>   | <br><b>24</b> |
| 2.1 TEORIKAPITTELET'S UTGANGSPUNKT .....  | 24            |
| 2.2 PRINSIPAL-AGENT TEORI .....   | 24            |
| 2.3 STYRETS TO PRINSIPAL-AGENT FORHOLD OG FORHOLD TIL INTERESSENER<br>KULMINERER I TRE STYREROLLER..... | 29            |
| 2.4 OPPSUMMERING .....  | 32            |
| <br><b>KAPITTEL 3: METODE OG DATA .....</b>   | <br><b>34</b> |
| 3.1 INNLEDNING .....  | 34            |
| 3.2 ANALYSEMODELLEN .....   | 34            |
| 3.3 DATASETTET .....  | 35            |
| 3.4 FORUTSETNINGER FOR LINEÆR REGRESJONSANALYSE .....   | 36            |
| 3.5 BETRAKTNINGER RUNDT KAUSALITET, GENERALISERBARHET,<br>REPRESENTATIVITET OG RELIABILITET.....        | 37            |
| 3.6 OPPSUMMERING: FRA A TIL Å VED HJELP AV STATISTISK METODE OG<br>KVANTITATIVE DATA .....              | 38            |

|   |            |
|---|------------|
| <b>KAPITTEL 4: STYRETS ROLLER.....</b>  | <b>40</b>  |
| 4.1 INNLEDNING .....  | 40         |
| 4.2 OPERASJONALISERING OG FAKTORANALYSE AV STYRINGS- OG<br>KONTROLLROLLEN.....                          | 40         |
| 4.3 OPERASJONALISERING OG FAKTORANALYSE AV FORMALORGANROLLEN .  | 59         |
| 4.4 OPERASJONALISERING OG FAKTORANALYSE AV<br>INTERESSEHEVDINGSROLLEN.....                              | 66         |
| 4.5 OPPSUMMERING: HVORDAN OPPFATTER STYREMEDLEMMENE STYRETS<br>ROLLER, OG HAR DE NOEN SAMMENHENG? ..... | 80         |
| <br><b>KAPITTEL 5: STYRETS ROLLER OG ØKONOMISTYRING.....</b>  | <b>83</b>  |
| 5.1 INNLEDNING .....  | 83         |
| 5.2 OPERASJONALISERING OG FAKTORANALYSE AV ØKONOMISTYRING .....   | 83         |
| 5.3 PRESENTASJON AV REGRESJONSRESULTATENE .....   | 89         |
| 5.4 DRØFTING AV REGRESJONSRESULTATENE FOR STYRINGS- OG<br>KONTROLLROLLEN.....                           | 91         |
| 5.5 DRØFTING AV REGRESJONSRESULTATET FOR FORMALORGANROLLEN .....  | 94         |
| 5.6 DRØFTING AV REGRESJONSRESULTATENE FOR<br>INTERESSEHEVDINGSROLLEN.....                               | 95         |
| 5.7 FORKLART VARIANS OG FORKLARINGSVARIABLER .....  | 96         |
| 5.8 OPPSUMMERING: SAMMENHENG MELLOM STYRETS ROLLER OG<br>ØKONOMISTYRING? .....                          | 97         |
| <br><b>KAPITTEL 6: AVSLUTNING .....</b>   | <b>100</b> |
| 6.1 HOVEDFUNN OG SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGEN .....  | 100        |
| 6.2 VEIEN VIDERE .....  | 101        |
| <br><b>LITTERATURLISTE.....</b>   | <b>103</b> |
| <b>APPENDIKS.....</b>   | <b>110</b> |

## KAPITTEL 1: INNLEDNING

”Styrene i helseforetakene er sentrale i styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten”

(St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:115))

### 1.1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

Helseforetaksreformen ble iverksatt i 2002 for å tydeliggjøre styrings- og ansvarsforholdene samt forbedre ressursutnyttelsen i norske sykehus og spesialisthelsetjenesten (Nyland og Østergren 2008:1; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001:20-23)). Hovedformålet var å sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen gjennom to organisatoriske hovedendringer (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001:2)). For det første ble eieransvaret overført fra fylkeskommunene til staten. For det andre ble sykehusene organisert i regionale og lokale helseforetak i henhold til bestemmelsene i lov om helseforetak med mer av 2001 (Helseforetaksloven).

De organisatoriske hovedendringene innebar en videreføring av styrer i samtlige helseforetak. Styrene ble tildelt det overordnede driftsmessige og økonomiske ansvaret for foretakene (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001:4, 212)). Årlig forvalter helseforetakene samlet sett 103 milliarder norske kroner, noe som tilsier at styrene sitter med et betydelig økonomisk ansvar. Til tross for dette, er det viet relativt lite oppmerksomhet rundt styrenes roller og økonomistyring i den eksisterende litteraturen. Hovedoppgavene til Nissen-Meyer (2000), Reitan (1990) og Vabo (1993) omhandler riktignok styrenes roller i styringen av sykehus. Men disse oppgavene er skrevet før helseforetaksreformen ble iverksatt, noe som tilsier at det er interessant å undersøke styrenes roller og økonomistyring etter reformen. Mye av litteraturen etter reformen vurderer nettopp reformen. Måloppnåelse, tilsiktede og utilsiktede effekter av reformen er gjennomgående temaer. Denne oppgaven har ikke til hensikt å vurdere helseforetaksreformen, men å vinne empirisk innsikt i styremedlemmenes oppfatninger av styrenes roller og økonomistyring etter reformen. Oppgavens todelte problemstilling er:

***1) Hvordan oppfatter styremedlemmene i de lokale helseforetakene styrets rolle(r)?***

***2) Hvorvidt er det sammenheng mellom styremedlemmenes oppfatninger av styrets rolle(r) og økonomistyring?***

## **Presiseringer av problemstillingen**

Problemstillingen er avgrenset til hvordan styremedlemmene i norske, lokale helseforetak i 2004 oppfatter styrets rolle(r) samt sammenhengen mellom styrets rolle(r) og økonomistyring. Med problemstillingens formuleringer ”oppfatter” og ”oppfatninger” menes styremedlemmenes subjektive opplevelse av styrets rolle(r) og økonomistyring. Oppfatninger og opplevelser kan variere blant styremedlemmene, og trenger ikke nødvendigvis å gjenspeile hvordan styrets rolle(r) og økonomistyring formelt eller reelt sett fungerer.

Med formuleringen ”styremedlemmene” menes samtlige medlemmer av styrene i de lokale helseforetakene i 2004. Et styre er et kollektivt organ med øverste beslutningsmyndighet i helseforetaket (Steine 1993:144). I resten av oppgaven benyttes styret i bestemt form for å referere til styrene i de lokale helseforetakene. Dette for å unngå unødvendige tunge formuleringer. Med formuleringen ”styrets rolle(r)” menes ulike roller som styret kan opptre i når det utfører sine oppgaver. Denne oppgaven avgrenser styrets rolle(r) til en styrings- og kontrollrolle, formalorganrolle og interessehevdingsrolle. Disse rollene utledes og beskrives nærmere i teorikapittelet. Med ”økonomistyring” menes styrets lovpålagte oppgave å planlegge, forvalte, kontrollere, underrette og korrigere helseforetakets økonomi. Økonomistyring beskrives og drøftes nærmere i dette kapittelet.

## **Oppgavens struktur**

Oppgaven består totalt av seks kapitler, hvorav dette innledningskapittelet utgjør første kapittel. Teori utgjør andre kapittel. Med utgangspunkt i prinsipal-agent teori utledes styreroller og fremsettes hypoteser for analysen. Tredje kapittel er et kort metode- og datakapittel. Kapitlene fire og fem utgjør analysen, og besvarer henholdsvis første og andre del av problemstillingen. Avslutning og svar på problemstillingen følger i kapittel seks.

## **1.2 RAMMEBETINGELSER OG ØKONOMISK UTVIKLING FOR HELSEFORETAKSMODELLEN OG STYRET**

Empirisk kunnskap om hvordan helseforetaksmodellen og styret i lokale helseforetak formelt fungerer, er fordelaktig for å forstå styremedlemmenes oppfatninger av styrets rolle(r) og økonomistyring. Formelle rammebetingelser legger føringer for hvilke og hvordan oppgaver som utføres i helseforetaksmodellen og i styret. Selv om rammebetingelsene ikke nødvendigvis gjenspeiler styremedlemmenes reelle handlemåter og oppfatninger, gir de et utgangspunkt for å forstå deres oppfatninger.

Første del tar utgangspunkt i fire formelle rammebetingelser for helseforetaksmodellen og styret i lokale helseforetak. De fire betingelsene er formell organisasjonsstruktur, formelt lovverk, formell økonomistyring samt formelle tiltak og sanksjoner. Formell organisasjonsstruktur belyser viktige deler av handlingsrommet til både helseforetaksmodellen og styret. De tre andre rammebetingelsene belyser kun sentrale deler av styrets formelle handlingsrom. Et handlingsrom definerer rammene for hva styret formelt sett kan foreta seg (Hansen 2002a:206). Styret bestemmer selv hvor mye av handlingsrommet det vil benytte. Det er styrets handlefrihet. Handlingsrommet er slik sett en forutsetning for handlefrihet. Det presiseres at de formelle rammebetingelsene ikke er fulldekkende for styrets handlingsrom. Dette fordi de verken er uttømmelige eller gjensidig utelukkende. Det argumenteres likevel for at rammebetingelsene er hensiktsmessige fordi de dekker sentrale deler av styrets formelle handlingsrom.

Andre del beskriver den økonomiske utviklingen i helseforetakene. Utviklingen sees i sammenheng med de formelle rammebetingelsene. Kapitlet avsluttes med en kort oppsummering.

## **1.3 FORMELL ORGANISASJONSSTRUKTUR**

Formell organisasjonsstruktur omhandler hvordan helseforetaksmodellen er bygd opp og hvilken betydning de formelle strukturene har for styrets rolle(r). Helseforetaksmodellen er formelt strukturert på følgende måte (Christensen mfl. 2004:12; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001:4-5, 45-50);



Stigen 2005a:16; Stigen 2005b:34-41). Staten ved Helsedepartementet<sup>1</sup> (HD) eier og oppretter de regionale helseforetakene. Etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst i 2007, eksisterer det nå fire regionale helseforetak. Disse er Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt Norge og Helse Nord. Organisasjonsmessig er de regionale foretakene sidestilt med hverandre, og danner det første nivået under staten ved departementet. Hvert enkelt av de regionale helseforetakene har et styre og en administrerende direktør som skal ivareta det statlige delegerte ”sørge for spesialisthelsetjenester<sup>2</sup> til befolkningen”- ansvaret hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven 2-1a. Som en følge av dette ansvaret plikter de regionale foretakene å opprette og eie datterforetak, det vil si lokale helseforetak som har ansvar for utførelsen av helsetjenestene. De lokale helseforetakene er organisasjonsmessig sidestilt med hverandre, og utgjør det andre nivået under staten ved departementet. Hvert enkelt av de lokale helseforetakene består av et styre, en administrerende direktør og en eller flere utførerenheter<sup>3</sup> som sykehus og apotek. Utførerenhetene utfører selve helsetjenestene, og er underliggende enheter av de lokale helseforetakene. Formålet med de regionale og lokale helseforetakene er i følge Helseforetakslovens paragraf én ”å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengige av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning”. Organisasjonskartet i figur 1.1 visualiserer hovedorganisasjonsstrukturen i helseforetaksmodellen slik den var i 2004.

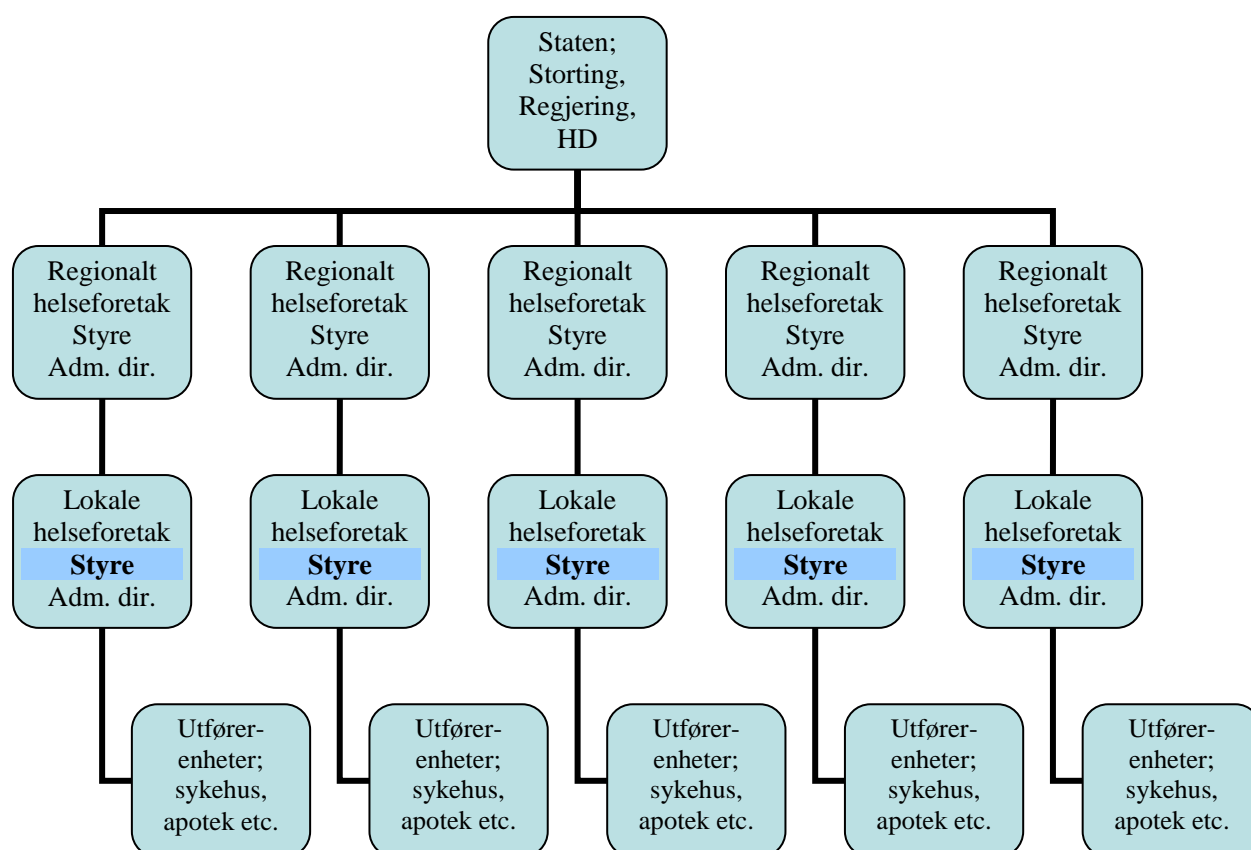
---

<sup>1</sup> Helsedepartementet brukes gjennomgående i oppgaven, uavhengig av politiske navneskifter.

<sup>2</sup> Lov om spesialisthelsetjenesten av 1999 paragraf 2-1a definerer de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester som:

1. ”sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
5. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3,
6. transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten og
7. transport av behandlingspersonell.”

<sup>3</sup> Med betegnelsen utførerenhet menes her ett sykehus eller ett apotek som er lokalisert på samme sted, men også ett apotek eller ett sykehus som er lokalisert på flere steder (Stigen 2005b:36).



**Figur 1.1 Organisasjonskart for helseforetaksmodellen, anno 2004 (Stigen 2005a:16). Styret i de lokale helseforetakene er uthevet**

Den formelle organisasjonsstrukturen kan beskrives mer i detalj ved hjelp av vertikal fristilling og horisontal spesialisering mellom og innad i enheter, det vil si desintegrering (Hood 1991:5). Desintegrering utgjør ett av elementene innenfor New Public Management (NPM). NPM er en samlebetegnelse for ulike reformideer- og elementer som har preget offentlig sektor i mange land (Hood 1991:3-4). Det fremstår som hensiktsmessig å benytte dette NPM-elementet for å beskrive den formelle strukturen fordi norsk offentlig sektor generelt og helseforetaksmodellen spesielt har enkelte ideer og elementer fra NPM (Christensen og Lægreid 2004:73-74; Christensen mfl. 2004:30-31; Lægreid mfl. 2006:19; Stigen 2005a:20). De ulike kombinasjonene av desintegrering skisseres i følgende firefeltstabell.

**Tabell 1.1 Fire ulike kombinasjoner av desintegrering**

|                             | <b>Vertikal fristilling/<br/>spesialisering</b> | <b>Horisontal spesialisering</b> |
|-----------------------------|---|----------------------------------|
| <b>Inter-organisatorisk</b> | <b>1</b>  | <b>3</b>                         |
| <b>Intra-organisatorisk</b> | <b>2</b>  | <b>4</b>                         |

Med inter- og intra-organisatorisk menes henholdsvis mellom og innad i enheter. Vertikal fristilling og horisontal spesialisering betyr loddrett og vannrett differensiering. De ulike kombinasjonene av desintegrering i tabell 1.1 kan knyttes til helseforetaksmodellens organisasjonskart i figur 1.1. Rute 1 viser en inter-organisatorisk, vertikal fristilling som tilsier en økt strukturell handlefrihet og gjerne fysisk avstand mellom enheter på ulike nivå. I helseforetaksmodellens organisasjonskart kan rute 1 illustreres som en loddrett linje fra staten til de regionale helseforetakene, de lokale helseforetakene og til utførerenhetene. Rute 2 viser en intra-organisatorisk, vertikal spesialisering som vektlegger friere tøyler innad i en enhet. Overført til helseforetaksmodellens organisasjonskart, kan rute 2 forekomme innad i staten, de regionale helseforetakene, de lokale foretakene eller i utførerenhetene. Et eksempel på rute 2 innad i et regionalt eller lokalt foretak er når styret gir administrerende direktør økte fullmakter i enkelte saker.

Rute 3 illustrerer en inter-organisatorisk, horisontal spesialisering som tilsier en differensiering i oppgaver eller roller mellom enheter. En rolle består gjerne av flere oppgaver. I organisasjonskartet kan rute 3 skisseres som vannrette linjer mellom enheter på statlig nivå (Stortinget, regjering og departementet), på regionalt helseforetaksnivå, på lokalt helseforetaksnivå og på utførernivå. Rute 4 viser en intra-organisatorisk, horisontal spesialisering som står for en differensiering mellom oppgaver eller roller innenfor en enhet. Overført til helseforetaksmodellens organisasjonskart, kan rute 4 forekomme innad i staten, de regionale helseforetakene, de lokale foretakene eller i utførerenhetene. Et eksempel på rute 4 innad i et regionalt eller lokalt foretak er arbeidsfordelingen mellom styret og administrerende direktør.

Gjennomgangen viser at de fire ulike kombinasjonene av desintegrering gjør seg gjeldende flere steder i helseforetaksmodellens organisasjonskart. Analyseenheten i denne oppgaven er

styremedlemmene i de lokale helseforetakene. For å se analyseenheten i sammenheng med resten av helseforetaksmodellen, anvendes den inter-organisatoriske termen til å beskrive organisasjonsstrukturen for hele helseforetaksmodellen. Den intra-organisatoriske termen benyttes til å beskrive strukturene innad i det lokale helseforetaket, med hovedvekt på styret. Denne måten å anvende de ulike kombinasjonene av desintegrering benyttes videre i analysen. Derfor følger en utfyllende gjennomgang av de enkelte kombinasjonene her.

### **Inter-organisatorisk, vertikal fristilling**

En inter-organisatorisk, vertikal fristilling (rute 1 i tabell 1.1) reflekteres i at alle regionale og lokale helseforetak er egne rettssubjekt, og således er fristilt fra staten. Dette er stadfestet i Helseforetakslovens paragraf seks. Det at foretakene er egne rettssubjekt, gjør at helseforetaksmodellen er en del av den ytre, vertikale fristillingen utenfor sentralforvaltningen (Grønlie og Selle 1998:11). Fristillingen representerer en ”forflytning av statsvirksomhet fra en institusjonstype til en annen, som juridisk eller statsrettslig står det parlamentariske sentrum mindre nær” (Grønlie og Selle 1998:10). Den vertikale fristillingen medfører at alle helseforetakene har et mer distansert forhold til staten ved departementet, og er mer rammestyrte enn ordinære forvaltningsorganer (Lægreid mfl. 2006:24-25).

Til tross for at helseforetakene er vertikalt fristilt, er de likefullt bundet av Offentlighetsloven og deler av Forvaltningsloven i følge Helseforetakslovens paragraf fem. Det forskjelliggjør helseforetak fra for eksempel statsforetak som ikke er omfattet av disse lovbestemmelsene, se paragrafene tre og fire i lov om statsforetak. Videre kan ikke helseforetakene gå konkurs etter Helseforetakslovens paragraf fem. Det er eier som har det endelige ansvaret for foretakenes forpliktelser i henhold til lovens paragraf sju. Eier er foretaksmøtenes øverste myndighet og har følgelig rett til å utøve eierstyring på møtene, se paragraf 16. For eksempel kan eier omgjøre beslutninger som styret har vedtatt. I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001:101) fremheves det imidlertid at eier skal være forsiktig med å blande seg inn i foretakets drift, og kun benytte eierstyring når det er nødvendig for å ivareta eiers interesser og ansvar.

### **Inter-organisatorisk, horisontal spesialisering**

En inter-organisatorisk, horisontal spesialisering (rute 3 i tabell 1.1) kommer til uttrykk ved at staten, de regionale og de lokale helseforetakene har differensierte oppgaver eller roller. Staten ved HD opptrer i tre sentrale roller, i en eierrolle, bestillerrolle og myndighetsrolle (Stigen 2005b:31-32). I eierrollen fremsetter departementet sine økonomiske, administrative og organisasjonsmessige styringskrav, instruksjoner og pålegg til de regionale helseforetakene. Det skjer normalt to ganger i året på foretaksmøtet. I bestillerrollen utarbeider departementet årlig et bestillingsdokument til de regionale helseforetakene. Dokumentet tydeliggjør ressurstilgangen fra statsbudsjettet, samt de statlige overordnede resultatkrav og prioriteringsområder for det kommende året. I myndighetsrollen utarbeider departementet og Helsedirektoratet forskrifter og detaljert regelverk for helselovgivningen som vedtas av Stortinget.

Statens tre roller illustrerer en spesialisering som er fundert på minst to prinsipper, et formålsprikk og et prosessprinsipp. Mens formålsprikket differensierer oppgaver etter formål, deler prosessprinsippet oppgaver inn etter hvordan de behandles (Christensen mfl. 2006:35). Statens eier-, bestiller- og myndighetsrolle er spesialisert ut fra en kombinasjon av begge prinsippene. Rollene utgjør ulike formål som krever bestemte prosesser eller fremgangsmåter for å oppnå formålet. For eksempel er formålet med myndighetsrollen å etablere og opprettholde formelle rammer for helseforetakene gjennom regelstyring. Regelstyringen kan først realiseres etter at Stortinget har vedtatt lovene. I eierrollen derimot, er formålet å stake ut en eierstrategi og -styring for de regionale foretakene innenfor de rammene som er skapt av myndighetsrollen.

De regionale helseforetakene har to hovedoppgaver (Stigen 2005b:35). Den ene oppgaven er å ivareta det statlige delegerte ”sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen”- ansvaret. Den andre oppgaven er å opprette og eie lokale helseforetak på vegne av staten. Inndelingen i to ulike oppgaver kan knyttes til formålsprikket og prosessprinsippet. Oppgavene representerer noe ulike formål med forskjellige forutgående prosesser. Opprettelsen av helseforetak inngår som en viktig del av ”sørge for”- ansvarsoppgaven, men utgjør verken hele formålet eller prosessen ved oppgaven. Det viser at hovedoppgavene har noe forskjellig formål og prosess.

De lokale helseforetakene har ansvaret for utførelsen av helsetjenestene (Stigen 2005b:36). De lokale foretakene har dermed som oppgave å realisere de statlige målsettingene og resultatkravene for spesialisthelsetjenesten. Dette gjør de gjennom sine utførerenheter som utfører selve helsetjenestene.

Kortfattet viser den inter-organisatoriske, vertikale fristillingen og horisontale spesialiseringen følgende. Helseforetaksmodellen kombinerer et sentralisert statlig eierskap som utfolder seg i to trinn, i departementet og de regionale foretakene, med en desentralisert foretaksstruktur som ivaretar og utfører helsetjenestene (Stigen 2005a:16).

### **Intra-organisatorisk, vertikal spesialisering**

En intra-organisatorisk, vertikal spesialisering (rute 2 i tabell 1.1) gjenspeiles i den strukturelle oppbyggingen innad i det lokale helseforetaket. Styret har øverste beslutningsmyndighet i foretaket. Helseforetaksloven og helseforetakets vedtekter tillegger styret beslutningsmyndighet over administrative og økonomiske forhold rundt virksomheten og administrerende direktør. Administrerende direktør er slik sett underlagt styret og styrets beslutninger. Direktøren og resten av den administrative ledelsen har ansvar for den daglige driften i foretaket. Utførerenhetene er de som utfører selve helsetjenestene. Disse enhetene er underlagt både styret og den administrative ledelsen. Eksempelvis avgjør styret og ledelsen i stor grad hvordan arbeids- og funksjonsfordelingen mellom utførerenhetene skal være. De avgjør hvorvidt utførerenhetene i helseforetaket skal være vertikalt oppdelt i avdelinger, divisjoner, klinikker eller en blanding av disse (Stigen 2005b:39-40). Divisjoner, klinikker og blandingsmodeller representerer en større grad av hierarki og flere ledernivå, enn avdelinger hvor det rapporteres rett til administrerende direktør. Styret og ledelsen bestemmer også hvorvidt avdelinger, divisjoner eller klinikker skal være horisontalt organisert på tvers av eller langs sykehusenes geografiske beliggenhet (Stigen 2005b:39-40).

### **Intra-organisatorisk, horisontal spesialisering**

En intra-organisatorisk, horisontal spesialisering (rute 4 i tabell 1.1) kommer til uttrykk ved at styret, administrerende direktør og utførerenhetene har differensierte oppgaver innad i det lokale helseforetaket. Styret har ifølge Helseforetakslovens paragrafer 28 og 29 to hovedoppgaver. Den

ene oppgaven er knyttet til administrative og økonomiske forhold ved virksomheten i helseforetaket, og den andre er knyttet til samarbeid med og tilsyn av administrerende direktør. Innenfor hver av disse hovedoppgavene ligger en rekke deloppgaver. For eksempel har styret planleggings-, forvalter-, kontroll-, rapporterings- og korrigerende oppgaver i forbindelse med ivaretagelsen av virksomheten. Styrets spesialisering er tuftet på formålspriusippet fordi hovedoppgavene har noe forskjellige formål, men samme forutgående beslutningsprosess. Beslutningsprosessen beskrives nærmere under formelt lovverk. Administrerende direktør har ifølge Helseforetakslovens paragraf 37 én hovedoppgave. Direktøren skal ta seg av den daglige driften i helseforetakene. Dette er et uttrykk for prosesspriusippet der driftsoppgaven utgjør ett formål som krever ulike forutgående prosesser. Utførerenhetene skal utføre helsetjenestene. De har derfor også én hovedoppgave med deloppgaver som er delt opp etter prosesspriusippet.

Kortfattet viser en intra-organisatorisk, vertikal og horisontal spesialisering innad i de lokale helseforetakene at det eksisterer et hierarki samt en oppgave- og arbeidsfordeling mellom styret, administrerende direktør og utførerenhetene.

## **1.4 FORMELT LOVVERK**

Formelt lovverk omhandler hvilken betydning helselovgivningen har for styrets rolle(r). Formelt lovverk er avgrenset til bestemmelser som angår styret i Helseforetaksloven samt tilhørende forskrift og lovforarbeid.

Et styre skal ha minst fem medlemmer. I de tilfellene hvor helseforetaket har mer enn 200 ansatte, skal styret ha minst sju medlemmer i henhold til Helseforetakslovens paragrafer 21 og 23. Administrerende direktør kan ikke være medlem av styret, ifølge paragraf 21. Derimot er ansattes representasjon i styret en lovfestet rett. Dette er stadfestet i Helseforetakslovens paragraf 23 og i forskriften om de ansattes rett til representasjon. Videre gjelder reglene i Aksjelovens paragraf 20-6 om representasjon av begge kjønn for helseforetaksstyret, jamfør paragraf 21. Ved opprettelse av et nytt lokalt helseforetak, bestemmer det regionale helseforetaket hvem som skal sitte i styret og hvem som skal være styreleder og nestleder. Dette er stadfestet i paragraf 9. Styremedlemmene sitter vanligvis i to år, se paragraf 24. Etterfølgende styremedlemmer, unntatt de ansattes representanter, velges på foretaksmøtene. Foretaksmøtene fastsetter også

styremedlemmenes godtgjørelse i henhold til paragraf 21. Eier er foretaksmøtenes øverste myndighet. Det betyr at det regionale helseforetaket kan legge føringer for hvem som skal velges til styremedlemmer. Styreleder og administrerende direktør plikter å delta på foretaksmøtene. Andre styremedlemmer kan også være til stede og de har uttalelsesrett, jamfør paragraf 17.

Styret har beslutningskompetanse i de to hovedoppgavene sine, se Helseforetakslovens paragrafer 28 og 29. Styret skal foreta og vedta administrativ og økonomisk planlegging, forvaltning, kontroll, underretting og korrigerende tiltak for helseforetakets virksomhet på vegne av eier. Samtidig skal styret ansette, fastsette lønn, gi instruks til, føre tilsyn med og eventuelt avskjedige administrerende direktør.

Styret vedtar sine beslutninger på styremøtene. Styreleder innkaller til møte ved behov. Øvrige styremedlemmer samt administrerende direktør kan også kreve at styret innkalles, se paragraf 26. Styreleder er møteleder, og i vedkommendes fravær velger møtet en stedfortreder. Administrerende direktør har møteplikt og uttalelsesrett på møtene så fremt styret ikke bestemmer noe annet, jamfør paragraf 26. Samme paragraf stadfester videre at møtene skal protokollføres og dissens kan føres. Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av alle styremedlemmene er tilstede. Så fremt ikke vedtektene sier noe annet, er styrets gjeldende beslutning den beslutningen som får flertall av de fremmøtte. Flertallet må likevel utgjøre mer enn en tredjedel av alle styremedlemmene for at beslutningen ansees som gyldig. Ved stemmelikhet er møtelederens stemme avgjørende, jamfør paragraf 27. Styret har imidlertid ikke beslutningsmyndighet i alle typer saker. Saker relatert til eier, av vesentlig betydning eller prinsipiell art må behandles på foretaksmøtene, i følge paragraf 30. I enkelte saker må styret også innhente Stortingets samtykke, slik som ved salg av sykehusvirksomhet, jamfør paragraf 32.

## **1.5 FORMELL ØKONOMISTYRING**

Formell økonomistyring dreier seg om styrets lovpålagte hovedoppgave å planlegge, forvalte, kontrollere, underrette og korrigere foretakets økonomi. Utdypingen av denne oppgaven skjer med grunnlag i Helseforetakslovens kapitler én, to, fire, sju, åtte, 11 og 12.



Styret skal planlegge ved å utarbeide og vedta fremtidig budsjett, planer og resultatkrav. Videre skal styret disponere og forvalte de økonomiske ressursene i tråd med norsk helselovgivning, foretakets vedtekter samt vedtak gjort av foretaksmøtene og styret. For å sikre at en slik forvaltning av de økonomiske ressursene virkelig skjer, skal styret holde seg oppdatert og føre kontroll med den økonomiske situasjonen. Dette skjer blant annet ved at administrerende direktør minst hver fjerde måned underretter styret skriftlig om den økonomiske situasjonen i foretaket. I rapporten skal administrerende direktør tydelig beskrive hvordan foretakets økonomiske utvikling er i forhold til vedtatte budsjett, planer og resultatkrav. Administrerende direktør har også ansvar for at foretakets regnskapsopplysninger er i samsvar med gjeldende lovverk, og at formueforvaltningen er ordnet på en betryggende måte. Styret skal på sin side sørge for at foretakets revisor gjennomfører en kontroll av regnskapsføringen og formueforvaltningen.

Foretakets årsregnskap og årsberetning godkjennes av foretaksmøtene. Dersom foretakets egenkapital er lavere enn forsvarlig skal styret underrette eier, og umiddelbart behandle saken for å finne frem til konstruktive og korrigerende tiltak. Styret kan foreslå tiltak som å pantsette, selge fast eiendom eller ta opp lån, men slike tiltak må vedtas på foretaksmøtene. Det at korrigerende tiltak fra styret må godkjennes av eier har sammenheng med at foretak ikke kan gå konkurs, og at det er eier som til syvende og sist hefter for foretakets forpliktelser. Foretaksmøtene kan imidlertid beslutte å oppløse foretaket eller slå det sammen med ett eller flere andre foretak.

## **1.6 FORMELLE TILTAK OG SANKSJONER**

Formelle tiltak og sanksjoner omhandler hva styret kan gjøre dersom krav ikke innfris. Hva kan for eksempel styret gjøre dersom administrerende direktør rapporterer at helseforetaket overskrider fastlagt budsjett? I en slik situasjon, sett i lys av at foretakets økonomi er en av styrets hovedoppgaver, kan styret gjennomføre visse tiltak og sanksjoner. Styrets respons skjer som regel i samråd med eier og administrerende direktør. Tiltakene kan ligne på de som ble forespeilet under formell økonomistyring, som pantsetting og låneopptak. Men tiltakene kan også innebære fremtidige innsparinger, nedskjæringer eller kutt i personell, utstyr og helsetjenester. Atter andre tiltak kan være økte krav til prioriteringer og resultater, gjerne kombinert med en strammere og hyppigere kontroll av foretakets pengebruk. Dersom styret kommer frem til at administrerende direktør ikke har overholdt sine instruksjoner og plikter med hensyn til den

økonomiske situasjonen, kan styret i ytterste konsekvens avskjedige vedkommende i henhold til Helseforetakslovens paragraf 36. Likeså kan eier avsette styret dersom eier vurderer at styret ikke har overholdt lovpålagte oppgaver, foretakets vedtekter eller vedtak fra foretaksmøtene, jamfør Helseforetakslovens paragraf ni.

## **1.7 DRØFTING: FORMELT HANDLINGSROM?**

De fire formelle rammebetingelsene både skaper og begrenser sentrale deler av styrets handlingsrom. Først til den formelle organisasjonsstrukturen. Den inter-organisatoriske, vertikale fristillingen bidrar til at helseforetakene har et noe mer distansert forhold til staten og er mer rammestyrte enn ordinære forvaltningsorganer. Det handlingsrommet som fristillingen skaper, begrenses imidlertid noe av hierarkisk eierstyring. Den inter-organisatoriske, horisontale spesialiseringen mellom enheter gir veldefinerte hovedoppgaver eller roller med klare grenser for hvor den enkelte enhets handlingsrom begynner og slutter. Den intra-organisatoriske, vertikale og horisontale spesialiseringen innad i det lokale foretaket viser at styret har øverste beslutningsmyndighet i administrative og økonomiske forhold gjeldende virksomheten og administrerende direktør. Beslutningsmyndigheten gir styret handlingsrom, men opptar samtidig store deler av styrets handlingsrom. Dette viser at den intra-organisatoriske, vertikale og horisontale spesialiseringen både skaper og begrenser handlingsrommet for styret.

Det formelle lovverket definerer også sentrale deler av styrets handlingsrom. Lovverket gir klare bestemmelser for styrets sammensetning, beslutningskompetanse og beslutningsprosess. Bestemmelsene skaper et handlingsrom for styret, men setter også klare grenser for hvordan og i hvilke saker styret kan gjøre vedtak. Men så lenge styret holder seg innenfor disse grensene, har styret handlefrihet. Styret har blant annet handlefrihet til å bestemme innholdet i vedtakene, i tillegg til å forberede og følge opp vedtakene.

Formell økonomistyring både gir og tar handlingsrom. Styret har en lovpålagt oppgave å planlegge, forvalte, kontrollere, underrette og korrigere helseforetakets økonomi. Oppgaven gir styret et handlingsrom i forhold til økonomistyring, samtidig som den pålegger styret å bruke mye tid og ressurser på økonomi. Det at foretakets årsregnskap og årsberetning godkjennes av foretaksmøtene understreker oppgavens viktighet. Dette kan medføre at styret får mindre tid til

andre oppgaver. Det kan igjen redusere styrets kapasitet til å benytte seg av handlingsrommet og handlefriheten som ligger i andre oppgaver. Slik sett kan formell økonomistyring også ta noe av styrets handlingsrom.

Formelle tiltak og sanksjoner både skaper og begrenser styrets handlingsrom. Gjennomgangen av ulike tiltak og sanksjoner viser at styret har mange muligheter for respons i kraft av sin posisjon og beslutningsmyndighet i de lokale helseforetakene. Dette skaper handlingsrom for styret. Styret har handlefrihet til å bestemme hvilke tiltak eller sanksjoner som skal iverksettes. I noen tilfeller er imidlertid styret pålagt å komme med bestemte tiltak eller sanksjoner. Det gjelder for eksempel når foretakets egenkapital er lavere enn forsvarlig. Da får styret mindre tid og kapasitet til å respondere i andre saker. Det kan igjen begrense noe av styrets handlingsrom og derav handlefrihet.

### **Formelt handlingsrom, og hva så?**

Samlet sett viser de fire formelle rammebetingelsene at det eksisterer et formelt handlingsrom for styret i de lokale foretakene. Hver enkelt rammebetingelse både skaper og begrenser handlingsrom. Dette må sees i lys av at helseforetaksmodellen er en forholdsvis kompleks og særegen organisasjonsform. Klare rammer for handlingsrommet er nødvendig både for å få til spesialisering og samordning mellom og innad i enhetene (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001:23-26)). I tråd med at styret har et gitt handlingsrom og handlefrihet, er det nokså åpent hvordan styremedlemmene oppfatter styrets rolle(r).

## **1.8 ØKONOMISK UTVIKLING I HELSEFORETAKENE**

Den økonomiske utviklingen i helseforetakene beskrives med grunnlag i saldert budsjett og korrigert årsregnskap for de regionale helseforetakene. Utviklingen beskrives på regionalt og ikke på lokalt helseforetaksnivå. Dette er i tråd med at det er eier som hefter for foretakenes forpliktelser og forhindrer at de går konkurs. Det vil si at det er staten ved de regionale foretakene som står ansvarlig for økonomien i de lokale helseforetakene. For eksempel er det de regionale foretakene som fordeler bevilgningen fra Stortinget mellom de lokale helseforetakene i sin region (Nerland 2006:3; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001:2)). Det presiseres imidlertid at staten ved

Helsedepartementet, som eier av de regionale helseforetakene, sitter med det endelige økonomiske ansvaret for hele helseforetaksmodellen.

**Tabell 1.2 Saldert budsjett i millioner norske kroner for de regionale helseforetakene og Helsedepartementet i perioden 2002-2009 i løpende priser (St.prp. nr. 1 (2003-2009))**

| År                | Saldert budsjett<br>for<br>regionale<br>helseforetak | Saldert budsjett<br>for<br>Helsedepartementet | % saldert budsjett<br>for regionale<br>helseforetak av<br>budsjett<br>departementet | Indeks for<br>realvekst i saldert<br>budsjett for<br>regionale<br>helseforetak |
|-------------------|--|---|---|--|
| 2002              | 49471.4 <sup>4</sup>                                 | 72825.4                                       | 67.93   | 100  |
| 2003              | 52986.7  | 81289.1                                       | 65.18   | 107  |
| 2004              | 60589.8  | 87973.2                                       | 68.87   | 122  |
| 2005              | 64835.7  | 97878.5                                       | 66.24   | 131  |
| 2006              | 70025.9  | 102737.1                                      | 68.16   | 141  |
| 2007              | 75057.1  | 110449.6                                      | 67.96   | 152  |
| 2008              | 84052.7  | 115590.3                                      | 72.72   | 170  |
| 2009 <sup>5</sup> | 102742.2   | 131391.6                                      | 78.19   | 208  |

Tabell 1.2 viser saldert budsjett i millioner norske kroner for de regionale helseforetakene og Helsedepartementet i perioden 2002 til og med 2009 i løpende priser. Saldert budsjett for både regionale helseforetak og departementet er stigende gjennom hele perioden. Saldert budsjett for regionale foretak utgjør omtrent to tredjedeler av saldert budsjett for Helsedepartementet fra 2002 til og med 2007. I 2008 og 2009 utgjør saldert budsjett for regionale foretak omtrent tre fjerdedeler av saldert budsjett for departementet. Indeksen for realvekst med 2002 som basisår, viser at veksten i saldert budsjett for regionale foretak har fordoblet seg fra 2002 til 2009.

Siden oppgavens problemstilling er tidsavgrenset til 2004, er det spesielt interessant å se på saldert budsjett for dette året. I 2004 er saldert budsjett for de regionale helseforetakene tilnærmet 60.6 milliarder kroner og 88 milliarder kroner for Helsedepartementet. Saldert budsjett for de regionale foretakene utgjør omtrent 69 prosent av Helsedepartementets budsjett. Indeksen for

<sup>4</sup> Beløpet er hentet fra kategorien "Spesialisthelsetjenesten" i mangel av en egen kategori for regionale foretak.

<sup>5</sup> Beløpene for 2009 er forslag til budsjett, ikke saldert budsjett.

realvekst viser at det har vært en vekst i saldert budsjett for regionale foretak fra 100 i 2002 til 122 i 2004.

**Tabell 1.3 Korrigert årsresultat<sup>6</sup> i millioner norske kroner for de regionale helseforetakene i perioden 2002-2007 i løpende priser (St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:123))**

| År                | Helse Øst | Helse Sør | Helse Sør-Øst | Helse Vest | Helse Midt-N | Helse Nord | Sum landet |
|-------------------|-----------|-----------|---------------|------------|--------------|------------|------------|
| 2002              | 97        | -514      |               | -313       | 24           | -120       | -826       |
| 2003              | -29       | -697      |               | -524       | -461         | -262       | -1973      |
| 2004              | 58        | -779      |               | -531       | -498         | -175       | -1925      |
| 2005              | 42        | -498      |               | -182       | -572         | -165       | -1375      |
| 2006 <sup>7</sup> | -15       | -307      |               | -405       | -711         | -433       | -1870      |
| 2002 – 2006       | 153       | -2795     | -2642         | -1955      | -2218        | -1154      | -7969      |
| 2007 <sup>8</sup> |           |           | -1087         | -90        | -10          | -263       | -1450      |
| Akkumulert        |           |           | -3729         | -2045      | -2228        | -1418      | -9419      |

Tabell 1.3 viser korrigert årsresultat i millioner norske kroner for de regionale helseforetakene i perioden 2002 til 2007 i løpende priser. Tallene for 2004 viser at Helse Øst går med 58 millioner kroner i overskudd, mens de øvrige fire regionale helseforetakene går med flere hundre millioner kroner i underskudd. Samlet underskudd for hele landet er tilnærmet 2 milliarder kroner i 2004. Tallene for 2004 gjenspeiler i stor grad en generell tendens for perioden 2002 til og med 2006. Med unntak av at Helse Øst går med overskudd i 2002, 2004 og 2005 og at Helse Midt-Norge går med overskudd i 2002, går de øvrige regionale foretakene med underskudd. Det er kun korrigert årsresultat for Helse Øst som samlet sett går i overskudd fra 2002 til og med 2006 (Aale 2007; St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:123)). For hele landet er akkumulert underskudd fra 2002 til og med 2006 tilnærmet 8 milliarder kroner. Dette til tross for at samtlige helseministere og Helsedepartementets fagbudsjett siden 2002 har stadfestet at underskudd i helseforetakene er uakseptabelt (Hafstad 2008a; St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:125-126)).

<sup>6</sup> Korrigert årsresultat er definert som regnskapsmessig årsresultat korrigert for avskrivningskostnader som ikke inngår i balansekravet (St.prp. nr. 1 (2008-2009:123)).

<sup>7</sup> For 2006 er korrigert årsresultat justert for økte pensjonskostnader på til sammen 1 milliard kroner som ble unntatt balansekravet (St.prp. nr. 1 (2008-2009:123)).

<sup>8</sup> For 2007 er korrigert årsresultat beregnet ut fra eiers styringsmål om at samlet underskudd for hele landet ikke skulle overskride -1.4 milliarder kroner. I tillegg er pensjonskostnader på til sammen 3.26 milliarder kroner unntatt dette balansekravet (St.prp. nr. 1 (2008-2009:123)).

I 2007 går samtlige regionale helseforetak med underskudd i ulik størrelsesorden. Organisasjonsmessige endringer i forbindelse med sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst er en vesentlig forklaringsfaktor for Helse Sør-Østs milliardunderskudd (St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:123)). Fra 2009 skal imidlertid en ny inntektsfordelingsnøkkel i tråd med Magnussenutvalgets innstilling iverksettes (NOU nr. 2 (2008:18)). Formålet er blant annet å begrense Helse Sør-Østs økonomiske tap (St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:116)).

***Tabell 1.4 Prognose for avvik mellom resultatkrav og estimert årsresultat i millioner norske kroner for de regionale helseforetakene i 2008 i løpende priser (St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:125))***

| År   | Helse Sør-Øst | Helse Vest | Helse Midt-Norge | Helse Nord    | Sum landet     |
|------|---------------|------------|------------------|---------------|----------------|
| 2008 | -500 til -600 | 0 til -200 | 50 til -50       | -200 til -220 | -650 til -1070 |

Tabell 1.4 viser en prognose for avvik mellom resultatkrav og estimert årsresultat i millioner norske kroner for de regionale helseforetakene i 2008 i løpende priser. De regionale helseforetakene Helse Vest og Helse Midt-Norge går i retning av balanserte årsresultater, mens de to øvrige går i retning av underskudd (Hafstad 2008a; St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:125-126)). Samlet underskudd for hele landet blir mellom 650 millioner kroner og 1 milliard kroner for 2008.

Samlet sett viser den økonomiske utviklingen i helseforetakene i perioden 2002 til og med 2008 en tendens til negative korrigerte årsresultater. Tendensen gjelder for hele landet, og for samtlige regionale helseforetak med unntak av Helse Øst. Sett i forhold til de formelle rammebetingelsene for helseforetaksmodellen og styret, illustrerer tendensen at rammebetingelsene både gir og tar handlingsrom. Saldert budsjett gir helseforetakene og styret i lokale helseforetak handlingsrom til å planlegge, forvalte, kontrollere, underrette og korrigere økonomien. Samtidig tar økonomistyring som en lovpålagt oppgave mye av kapasiteten og derav handlingsrommet til styret. Tendensen til negative korrigerte årsresultater viser at det er utfordrende for helseforetakene og styret i lokale helseforetak å holde seg innenfor det økonomiske handlingsrommet. Det kan være mange og sammensatte grunner til dette. For å kaste lys over

denne tendensen undersøkes det i denne oppgaven hvorvidt det er sammenheng mellom styremedlemmenes oppfatninger av styrets rolle(r) og økonomistyring.

## **1.9 OPPSUMMERING**

Dette kapittelet har presentert oppgavens problemstilling. Deretter har kapittelet beskrevet formelle rammebetingelser og økonomisk utvikling for helseforetaksmodellen samt styret. Rammebetingelsene og den økonomiske utviklingen danner et empirisk bakteppe for forstå styremedlemmenes oppfatninger av styrets rolle(r) og økonomistyring. De fire rammebetingelsene formell organisasjonsstruktur, lovverk, økonomistyring samt tiltak og sanksjoner viser at det eksisterer et handlingsrom for styret i de lokale helseforetakene. Slik sett er det åpent hvordan styremedlemmene oppfatter styrets rolle(r). Samtidig både skaper og begrenser rammebetingelsene handlingsrom. Den negative, økonomiske utviklingen i helseforetakene illustrerer dette. Utviklingen viser også at det er utfordrende for helseforetakene og styret i lokale helseforetak å holde seg innenfor handlingsrommet. En eventuell sammenheng mellom hvordan styremedlemmene oppfatter styrets rolle(r) og økonomistyring kan gi ny innsikt i denne utviklingen.

## KAPITTEL 2: TEORI

### 2.1 TEORIKAPITTELETS UTGANGSPUNKT

Teorikapittelets utgangspunkt er at "[s]tyret kan best forstås dersom organisasjoner analyseres som et sett av prinsipal-agent forhold" (Reve 1993:46). Prinsipaler er aktører som befinner seg på overliggende nivå, mens agenter er aktører som befinner seg på underliggende nivå (Reve 1993:32-33). I tråd med problemstillingen avgrenser oppgaven seg til å se på den øverste prinsipal-agent relasjonen i de lokale helseforetakene. Det vil si forholdet mellom eier og den administrative ledelsen. Det er formålsrasjonelt for eier, det vil si staten ved det regionale foretaket, å ha et styre som kan passe på at ledelsen handler i samsvar med eiers preferanser og interesser. Styret skaper et skille og et bindeledd mellom eierskap og lederskap i de lokale helseforetakene (Berle og Means 1948:69-125). Samtidig bidrar styret til at det oppstår nye prinsipal-agent forhold og utfordringer. Det gir grunnlag for å se styret i ulike roller, og fremsette hypoteser. Dette resonnementet utdypes i kapittelet, og tjener som denne oppgavens teoretiske kjerne.

### 2.2 PRINSIPAL-AGENT TEORI

#### Begrunnelse for valg av teori

Prinsipal-agent teori anvendes som et analytisk verktøy for å utlede tre styreroller. Teorien er valgt på grunn av problemstillingens aktørorientering. I problemstillingen er styremedlemmene analyseenheten og aktørene, og det er styremedlemmenes oppfatninger som står i sentrum. Prinsipal-agent teori er aktørorientert i den forstand at teorien fremhever aktørene, og gir klare prediksjoner for hvordan aktørene vil handle. Formålsrasjonalitet og egeninteresse dominerer aktørenes tenke- og handlemåte i prinsipal-agent teori (Boston mfl. 1996:18-21; Østerud 2002:35). Det innebærer at aktørene velger det handlingsalternativet som med størst sannsynlighet<sup>9</sup> fører til deres mål.

---

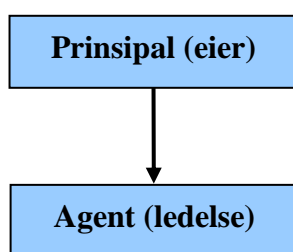
<sup>9</sup> I teorien om rasjonelle valg skilles det mellom valg under risiko og valg under usikkerhet (Østerud 2002:35). Ved valg under risiko beregner aktørene sannsynlighet ut fra en objektiv sannsynlighetsfordeling. Ved valg under usikkerhet finnes det ingen objektiv sannsynlighetsfordeling, og aktørene opererer gjerne med egne subjektive sannsynlighetskalkyler. Dette behandles imidlertid ikke nærmere i denne oppgaven.



All teori inkludert prinsipal-agent teori er imidlertid en forenkling av virkeligheten, og hviler på forhåndsgitte forutsetninger. Flere forskere setter eksempelvis spørsmålsteget ved prinsipal-agent teoriens forutsetning om at alle aktører til en hver tid tenker og handler ut fra formålsrasjonalitet og egeninteresse (Boston mfl. 1996:21-23, 32-33; Brunsson 2000:13-18). Dersom aktørene mangler full oversikt over tilgjengelige handlingsalternativer eller opererer med mindre klare, stabile og forenlige mål, representerer det brudd på rasjonalitetsforutsetningen (Østerud 2002:35). En modifisering av forutsetningen er derfor å anta at aktørene tenker og handler ut fra begrenset formålsrasjonalitet og egeninteresse. Oppgaven slutter seg til modifiseringen. Samlet sett vurderes prinsipal-agent teori som et egnet og relevant redskap for å utlede tre styreroller.

### **Essensen i teorien**

Essensen i prinsipal-agent teori er at kapasitetsproblemer, kompetansebegrensninger og kollektivproblemer gjør det formålsrasjonelt for prinsipalen å delegere oppgaver til agenten, se figur 2.1 (Boston mfl. 1996:19; Rasch 2000:68; Reve 1993:32-33). Kapasitetsproblemer kan for eksempel være knyttet til at prinsipalen har tids- eller ressursknapphet. Kompetansebegrensninger kan blant annet være knyttet til at prinsipalen har lite relevante fagkunnskaper eller erfaringer. Kollektivproblemer kan eksempelvis være knyttet til prinsipalens behov for arbeidsfordeling. Det er ofte en kombinasjon av samtlige problemer som gjør det hensiktsmessig for prinsipalen å delegere oppgaver til agenten.



***Figur 2.1 Øverste prinsipal-agent forhold (Reve 1993:33). Pilen angir retning for prinsipalens delegering av oppgaver***

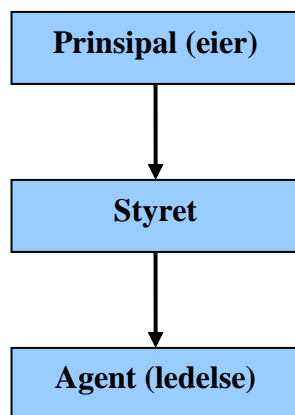
Som agent skal ledelsen i prinsippet utføre de delegerte oppgavene slik som eier ønsker. I praksis forekommer det likevel at agenten kun delvis utfører de delegerte oppgavene, eller utfører

oppgavene på en annen måte enn det prinsipalen ønsker. I noen tilfeller utfører ikke agenten oppgavene i det hele tatt. Uønsket eller ingen handling fra agentens side kan forstås ut fra flere hovedutfordringer knyttet til et hvert prinsipal-agent forhold.

En av hovedutfordringene er at prinsipalen og agenten ikke nødvendigvis har sammenfallende preferanser og interesser (Reve 1993:32). Det kommer av at både prinsipalen og agenten tenker og handler ut fra hva som er formålsrasjonelt for sin egen del. En annen hovedutfordring er at prinsipalen og agenten som regel besitter ulik type og mengde informasjon, noe som fører til et asymmetrisk informasjonsforhold mellom prinsipalen og agenten (Rasch 2000:71; Reve 1993:32). En tredje hovedutfordring er at prinsipalen har vanskeligheter med å holde oversikt og kontroll over hva agenten tenker og gjør til en hver tid (Boston mfl. 1996:19-21; Rasch 2000:72-73). Disse hovedutfordringene kan enkeltvis eller kombinert bidra til at agenten utfører handlinger og utløser konsekvenser som ikke er i prinsipalens interesse (Rasch 2000:71). Det å fullstendig eliminere slike uønskede agenthandling er urealistisk, mye grunnet den asymmetriske informasjonen mellom prinsipalen og agenten. Men det finnes flere tiltak som enkeltvis eller kombinert kan begrense omfanget av asymmetrisk informasjon og uønskede agenthandling. Etablering av en incentivstruktur samt kontroll i forkant og etterkant av agentens handlinger er tre tiltak som kan begrense hovedutfordringene i det øverste prinsipal-agent forholdet (Rasch 2000:74-77). Tiltakene utdypes i neste avsnitt.

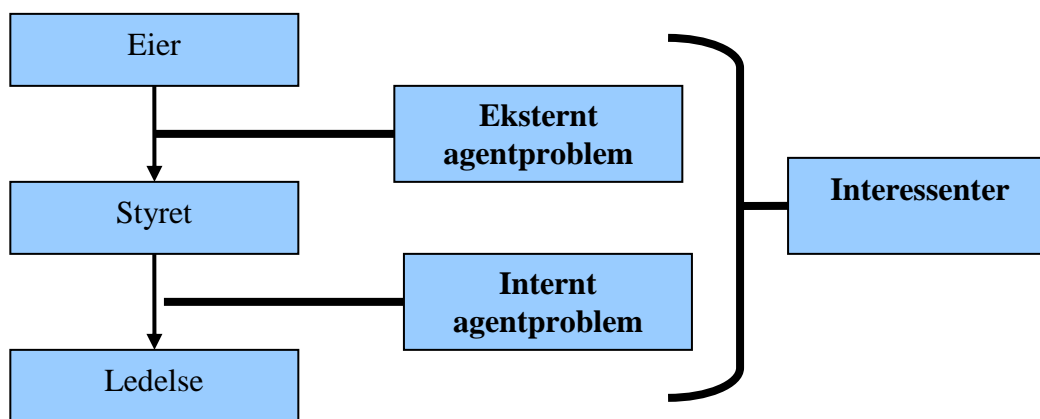
### **Styret begrenser eksisterende agentutfordringer, men skaper samtidig nye**

Det er i forbindelse med etableringen av en incentivstruktur at styret introduseres i prinsipal-agent teori. Ut fra økonomisk agentteori kan prinsipalen utvikle en incentivstruktur som gjør det mer formålsrasjonelt for agenten å handle i tråd med prinsipalens preferanser og interesser, enn å ikke gjøre det (Rasch 2000:74-75; Reve 1993:32-33). I praksis kan en incentivstruktur blant annet være en kontrakt mellom prinsipalen og agenten. Kontrakten kan være sammensatt av komponenter som lønn, regler og normer (Boston mfl.1996:20). For å påse at agenten etterlever kontrakten kan prinsipalen etablere styret som et nytt nivå mellom eier og ledelse, slik som illustrert i figur 2.2. Styret skaper et skille og et bindeledd mellom det regionale helseforetaket og ledelsen i de lokale helseforetakene. Blant annet kan styret føre kontroll med administrerende direktørs og ledelsens handlinger. Kontrollen beskrives senere.



*Figur 2.2 Øverste prinsipal-agent forhold inkludert styret (Reve 1993:33). Pilene angir retning for prinsipalens delegering av oppgaver*

Det å ha et styre skaper imidlertid nye prinsipal-agent forhold og utfordringer (Rasch 2000:69). Styret må forholde seg til to prinsipal-agent forhold. I tillegg må styret forholde seg til ulike interessenter utenfor den formelle strukturen mellom eier, styret og ledelse. Styrets to prinsipal-agent forhold og forhold til interessenter er illustrert i figur 2.3.



*Figur 2.3 Styrets to prinsipal-agent forhold og forhold til interessenter er markert med tykke linjer (Reve 1993:34). Pilene angir retningen for prinsipalenes delegering av oppgaver*

Det første prinsipal-agent forholdet omhandler styrets relasjon til eier, det vil si til det regionale helseforetaket. Dette forholdet kan kalles det eksterne agentproblemet (Reve 1993:34). I det

eksterne agentproblemet er eier prinsipalen, mens styret er agenten. Det andre prinsipal-agent forholdet dreier seg om styrets forhold til administrerende direktør og ledelsen. Dette forholdet kan kalles det interne agentproblemet (Reve 1993:34). I det interne agentproblemet er styret prinsipalen, mens ledelsen er agenten.

Interessenter er en sammensatt gruppe av aktører som styret må forholde seg til. Eksempler på interessenter er ansattes organisasjoner, brukerutvalg samt kommunale og fylkeskommunale myndigheter. Styrets forhold til ulike interessenter betraktes ikke som et prinsipal-agent forhold. Grunnen er at interessenter ikke er en del av den formelle strukturen mellom eier, styret og ledelse. Interessenter forholder seg derfor ikke til den formelle strukturen på samme måte som eier, styret og ledelse. For eksempel kan interessenter like gjerne bedrive interessehevdning overfor administrerende direktør som styret. Like fullt må styret forholde seg til interessenter, i tillegg til å opptre som agent for eier og prinsipal for ledelsen.

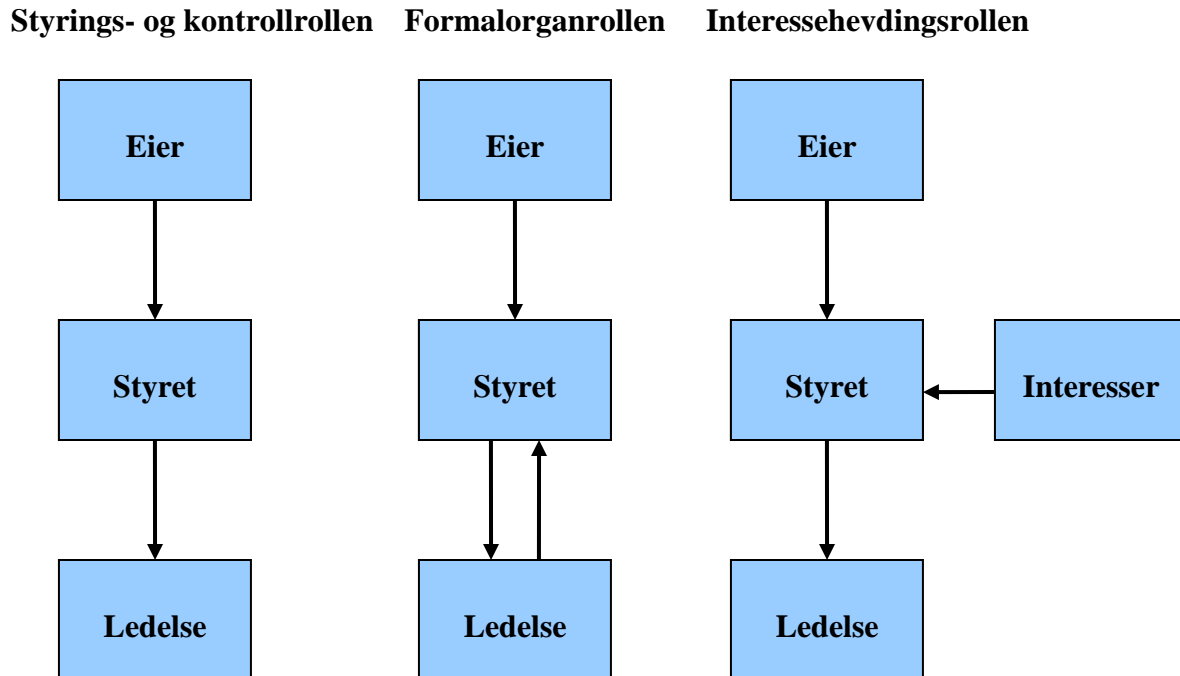
Styrets opptreden som agent eller prinsipal har betydning for kontrollen av agenthandlinger. Som agent i det eksterne agentproblemet er det styret som holdes under oppsyn av eier. Eier utfører kontroll i forkant og etterkant av styrets handlinger, det vil si *ex ante* og *ex post* kontroll (Boston mfl. 1996:19-21; Mintzberg 1983:70-81; Rasch 2000:76-77). Som eier utfører det regionale helseforetaket *ex ante* kontroll når det innsetter styremedlemmer etter bestemte kriterier som utdanning, yrkesbakgrunn eller lederkompetanse. Videre bedriver det regionale foretaket *ex post* kontroll av styrets handlinger, blant annet på foretaksmøtene. Dersom det regionale helseforetaket finner graverende kontraktsbrudd, kan foretaket avsette styret.

Som prinsipal i det interne agentproblemet er det styret som gjennomfører *ex ante* og *ex post* kontroll av ledelsens handlinger. I det interne agentproblemet utfører styret *ex ante* kontroll når det ansetter administrerende direktør på grunnlag av utvalgte kvalifikasjoner. Videre bedriver styret *ex post* kontroll av administrerende direktørs og ledelsens arbeid. Blant annet sørger styret for at foretakets revisor gjennomfører kontroll av ledelsens regnskapsføring og formueforvaltning. Styret kan avsette administrerende direktør dersom styret oppdager alvorlige kontraktsbrudd.

Samlet sett kan styret begrense de eksisterende agentutfordringene ved å påse at kontrakten mellom det regionale helseforetaket og ledelsen i de lokale helseforetakene overholdes, og ved å utføre kontroll. Samtidig bidrar styret til at det oppstår nye prinsipal-agent forhold og utfordringer. Det øker kompleksiteten i helseforetakets øverste prinsipal-agent forhold, og indikerer at styret bekler flere styreroller. Dette utdypes nærmere nedenfor.

### 2.3 STYRETS TO PRINSIPAL-AGENT FORHOLD OG FORHOLD TIL INTERESSENER KULMINERER I TRE STYREROLLER

Styrets to prinsipal-agent forhold og forhold til interessenter danner et utgangspunkt for å utlede tre styreroller. Det eksterne agentproblemet mellom eier og styret gir grunnlag for å utlede styrings- og kontrollrollen. Det interne agentproblemet mellom styret og ledelsen gir grunnlag for å utlede formalorganrollen. Styrets forhold til interessenter gir grunnlag for å utlede interessehevdingsrollen. Slik kulminerer styrets to prinsipal-agent forhold og forhold til interessenter i tre styreroller. Styrerollene er skissert i figur 2.4.



*Figur 2.4 Tre ulike styreroller; styrings- og kontrollrollen, formalorganrollen og interessehevdingsrollen (Reve 1993:26-32; Vabo 1993:9). Pilene angir retning for innflytelse*

Før styrerollene beskrives nærmere, presiseres det at varianter av styrerollene er beskrevet i eksisterende litteratur (Mintzberg 1983:70-91; Reve 1993:26-32; Vabo 1993:1, 8-11). Den eksisterende litteraturen kopler imidlertid i begrenset grad styrerollene direkte til prinsipal-agent teori, slik som denne oppgaven. I den påfølgende gjennomgangen av styrerollene behandles rollene som idealtyper. Videre fremsettes fire hypoteser om sammenhengene mellom styrerollene og økonomistyring. Dette gjøres på bakgrunn av problemstillingen.

### **Styrings- og kontrollrollen**

Styrings- og kontrollrollen er den klassiske styrerollen (Reve 1993:27). I denne rollen fungerer styret både formelt og reelt sett som helseforetakets øverste styrings- og beslutningsorgan. Som agent for eier, ivaretar styret eiers interesser gjennom løpende kontroll og strategisk styring av foretakets virksomhet og administrerende direktør (Reve 1993:27-29). Styret fungerer som eiers forlengede arm ned i helseforetaket (Vabo 1993:1).

Styrets kontroll- og strategioppgave ligner innholdsmessig på styrets lovpålagte oppgaver beskrevet i de formelle rammebetingelsene. I kontrollopgaven fører styret løpende kontroll og tilsyn med helseforetakets virksomhet og ledelse. I strategioppgaven formulerer styret i samråd med eier og ledelsen langsiktige planer for helseforetaket. Selv om kontrollopgaven har et kortere tidsperspektiv enn strategioppgaven, henger oppgavene sammen (Reve 1993:28-29). Styret trenger en klar og fastlagt strategi for å føre en hensiktsmessig kontroll av virksomheten og ledelsen.

På bakgrunn av oppgavens problemstilling antas det at det er en positiv sammenheng mellom styrings- og kontrollrollen og økonomistyring. Dette fordi styrets oppgave i denne rollen er å ivareta eiers interesser gjennom kontroll og strategisk styring. En av eiers primære interesser er budsjettdisiplin, beskrevet i den økonomiske utviklingen i første kapittel. Det tilsier at styret vektlegger økonomistyring høyt. Derfor fremsettes følgende hypotese:

*H1: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i styrings- og kontrollrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.*

## **Formalorganrollen**

I formalorganrollen er styret et mer passivt enn aktivt styrings- og beslutningsorgan i helseforetaket. Til tross for at styret er prinsipalen, fungerer styret som et sandpåstrøingsorgan for ledelsen. Styret godkjenner og legitimerer vedtak og virksomhet som i realiteten allerede er besluttet av ledelsen (Reve 1993:29-30).

Godkjenning av vedtak er en av styrets lovpålagte oppgaver. I formalorganrollen sitter styret med beslutningsmyndigheten, men utøver lite reell innflytelse over innholdet i vedtakene. Kapasitetsproblemer, kompetansebegrensninger og kollektivproblemer gjør det formålsrasjonelt for styret å delegere vedtakenes innholdsmessige side til ledelsen (Reve 1993:30). Derfor skjer det kun unntaksvis at styret endrer innholdet i vedtakene. Det skjer primært når de økonomiske forholdene i eller rundt helseforetaket avviker fra det normale (Mintzberg 1983:73-74). Det må sees i sammenheng med at det er styret som står ansvarlig for vedtakene.

Styret legitimerer vedtak og virksomhet i og utenfor helseforetaket ved hjelp av sin formelle posisjon, sammensetning og kompetanse (Reve 1993:30). Styret har en legitimerende effekt som helseforetakets øverste styrings- og beslutningsorgan. Videre har styret en legitimerende effekt som et kollegialt organ bestående av ansattes representanter og øvrige medlemmer med noe ulik bakgrunn, kompetanse og erfaring.

På bakgrunn av oppgavens problemstilling antas det at det er en positiv sammenheng mellom formalorganrollen og økonomistyring. Dette fordi styret inntar en aktiv posisjon og endrer innholdet i vedtakene dersom de økonomiske forholdene avviker fra det normale. Det er til tross for at styret normalt sett opptrer som et mer passivt enn aktivt styrings- og beslutningsorgan i formalorganrollen. Det indikerer at styret vektlegger økonomistyring høyt. Dermed fremsettes følgende hypotese:

*H2: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i formalorganrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.*

## **Interessehevdingsrollen**

I interessehevdingsrollen fungerer styret som helseforetakets øverste organ for medvirkning og påvirkning for ulike interessenter (Reve 1993:30-31). Interessenter har anledning til å bedrive interessehevdning i forkant av styrevedtak. Styret tar selvstendige beslutninger på bakgrunn av interessehevdningen. Beslutningene skal være til foretakets beste.

En åpenbar utfordring for styret er å avgjøre hvilke interesser som skal vektlegges, og hvor stor vekt de skal tillegges i beslutningssammenheng. Sprikende synspunkter blant interessenter og styremedlemmer kan gjøre det vanskelig for styret som et kollegialt organ å frembringe flertallsvedtak. Derfor er balansegangen mellom interessehevdning og beslutningseffektivitet sentral for styret i interessehevdingsrollen.

På bakgrunn av oppgavens problemstilling antas det at det både kan være en positiv og en mindre positiv sammenheng mellom interessehevdingsrollen og økonomistyring. Dette fordi styrets oppgave i denne rollen er å balansere interessehevdning og beslutningseffektivitet. Dersom styret behersker denne balansegangen, antas det å være en positiv sammenheng. Dersom styret derimot strever med å forene interessenters synspunkter og helseforetakets økonomiske interesser i beslutningssammenheng, antas det å være en mindre positiv sammenheng. Derfor fremsettes to konkurrerende hypoteser:

*H3: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i interessehevdingsrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.*

*H4: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i interessehevdingsrollen, har en mindre positiv oppfatning av økonomistyring.*

## **2.4 OPPSUMMERING**

I dette kapittelet er prinsipal-agent teori anvendt som et analytisk verktøy for å utlede tre styreroller. Ut fra prinsipal-agent teori er det formålsrasjonelt for eier å ha et styre som begrenser agentutfordringene knyttet til ledelsen. Samtidig skaper styret nye prinsipal-agent forhold og utfordringer. Det gir grunnlag for å utlede styrings- og kontroll-, formalorgan- og



interessehevdingsrollen, og fremsette fire hypoteser. Rollene og hypotesene står sentralt i analysen av styremedlemmenes oppfatninger av styrets rolle(r) og økonomistyring.

## KAPITTEL 3: METODE OG DATA

### 3.1 INNLEDNING

I dette kapitlet gjennomgås oppgavens metode- og datavalg. Formålet er å redegjøre for fremgangsmåten som benyttes for å besvare problemstillingen. Først beskrives analysemodellen. Deretter beskrives datasettet. Så vurderes forutsetningene for lineær regresjonsanalyse. Betraktninger rundt kausalitet, generaliserbarhet, representativitet og reliabilitet følger før oppsummeringen.

### 3.2 ANALYSEMODELLEN

I analysemodellen er den avhengige variabelen økonomistyring og de uavhengige variablene styrets roller. Økonomistyring operasjonaliseres med utgangspunkt i rammebetingelsene og den økonomiske utviklingen for helseforetaksmodellen og styret fra kapittel én. Operasjonaliseringen av styrets roller tar utgangspunkt i styrings- og kontroll-, formalorgan- og interessehevdingsrollen fra teorikapitlet, samt rammebetingelsene for helseforetaksmodellen og styret fra kapittel én. Samtlige variabler operasjonaliseres ved hjelp av faktoranalyser og konstruering av additive indekser (Christophersen 2006:229, 249).

Analysen fordeler seg over to kapitler i tråd med den todelte problemstillingen. Første analysekapittel, kapittel fire, operasjonaliserer styrets roller og besvarer første del av problemstillingen. Andre analysekapittel, kapittel fem, operasjonaliserer økonomistyring og besvarer andre del av problemstillingen. Det benyttes en sekvensiell, multippel, lineær regresjonsanalyse for å besvare problemstillingens andre del (Christophersen 2006:165). I regresjonsanalysen inngår indeksen for økonomistyring som avhengig variabel, og indeksene for styrets roller som uavhengige variabler.

### 3.3 DATASETTET

Datasettet som benyttes er innhentet, bearbeidet og til dels analysert i forbindelse med en evalueringsrapport av spesialisthelsetjenesten, gjennomført av Norsk Institutt for by- og regionforskning (NIBR), Nordlandsforskning og Rogalandforskning på oppdrag fra Helsedepartementet. Datasettet bygger på en spørreundersøkelse blant styremedlemmer i de lokale helseforetakene i 2004 (Stigen 2005a:24; Opedal og Stigen 2005:27-30). Analyseenheten er styremedlemmer i de lokale helseforetakene, og antall enheter er 142 (N=142). Svarandelen tilsvarende 68 %, noe som karakteriseres som tilfredsstillende (Opedal og Stigen 2005:29). Spørreskjemaet som benyttes er en forkortet utgave av et spørreskjema fra 2003. Det betyr at spørreskjemaet som benyttes i denne oppgaven er vel utprøvd, og at faren for målefeil antas å være mindre (Mordal 1989:182; Skog 2006:90-91).

Spørreskjemaet består av spørsmål om styremedlemmenes oppfatninger av ulike forhold relatert til helseforetakene og helseforetaksmodellen. Det er kun utvalgte spørsmål som inngår i denne oppgavens analyser. De utvalgte spørsmålene er gjengitt i appendiks, og substansielt og statistisk begrunnet i analysekapitlene. Svaralternativene for samtlige av de utvalgte spørsmålene er femdelte. Det gir fingradert informasjon, og gjør spørsmålene egnet til å konstruere additive indekser. Dette fordi spørsmål med femdelte svaralternativer kan benyttes på tilnærmet intervallnivå, selv om de strengt tatt er på ordinalnivå (Christophersen 2006:175, 249; Mordal 1989:105, 109).

Alle de utvalgte spørsmålene har et tilbudt på-midten svaralternativ, som eksempelvis "Både og" eller "Middels". På-midten svaralternativ kan være et tveegget sverd. På den ene siden kan svaralternativet fremstå som lettvint og muligens unnvikende alternativ for styremedlemmene. På den andre siden kan på-midten svaralternativet også bidra til å unngå målefeil fordi styremedlemmene ikke tvinges til å velge side (Mordal 1989:134-136). Det er umulig å garantere at ingen styremedlemmer har benyttet på-midten alternativet til å svare raskt eller unnvikende. Likevel er det grunn til å anta at det ikke er mange. Dette fordi styremedlemmene også er tilbudt svaralternativet "Vet ikke". "Vet ikke" er myntet på nye styremedlemmer uten tilstrekkelig erfaringsgrunnlag for å svare på spørsmålene. Slik sett er svaralternativet "Vet ikke" avpasset

respondentenes kompetanse og erfaring, noe som kan motvirke målefeil (Mordal 1989:42-44). I oppgavens analyser er "Vet ikke" satt som brukerdefinert missing.

Samlet sett bidrar oddetalls delte skalaer, tilbudt på-midten svaralternativ, tilbudt "Vet ikke" samt ikke-ledende spørsmålsformuleringer til at spørsmålene og svaralternativene er balanserte (Mordal 1989:95, 143). Balanserte spørsmål motvirker uønskede effekter som poleffekter, ja-siing og ordningseffekter, i tillegg til å redusere faren for målefeil (Mordal 1989:147, 163-164).

### **3.4 FORUTSETNINGER FOR LINEÆR REGRESJONSANALYSE**

Lineær regresjonsanalyse har tre hovedforutsetninger som må være oppfylt for at analysen er hensiktsmessig (Skog 2005:236). Før disse forutsetningene vurderes nærmere, foretas en kort vurdering av to andre forhold som også er viktige for at lineær regresjonsanalyse skal være meningsfull.

Det første forholdet angår variablenes målenivå. Tilnærmet intervallskalanivå er et tilstrekkelig høyt målenivå for regresjonsanalyse (Christophersen 2006:175). Samtlige variabler i regresjonsanalysen er operasjonalisert som indekser på tilnærmet intervallskalanivå. Variablene har derfor et tilfredsstillende målenivå. Det andre forholdet omhandler antall enheter i forhold til antall uavhengige variabler. Retningslinjene tilsier at det bør være minst 10 til 20 enheter for hver uavhengig variabel (Christophersen 2006:175). Med totalt 116 enheter delt på fem uavhengige og én avhengig variabel, har regresjonsanalysen et tilfredsstillende antall enheter per uavhengig variabel. Gjennomgangen av de to forholdene indikerer at regresjonsanalyse er meningsfull.

Den første hovedforutsetningen for lineær regresjonsanalyse er at sammenhengen mellom variablene er lineær (Skog 2005:236). Linearitetsforutsetningen vurderes ut fra et spredningsdiagram. Punktene mellom de predikerte uavhengige og avhengig variablene danner en rett linje, noe som indikerer at linearitetsforutsetningen er oppfylt.

Den andre hovedforutsetningen er at restleddsvariasjonene er homoskedastiske, normalfordelte og ikke autokorrelerte (Skog 2005:236). Det er ingen uteliggere (outliers) i dataene, det vil si enheter som avviker mer enn tre standardavvik fra gjennomsnittet. Ingen uteliggere er

tilfredsstillende. Dette fordi uteliggere har store residualer som kan gjøre det vanskelig å oppfylle kravene til restleddsvariasjonene (Christophersen 2006:175). Når det gjelder homoskedastisitet, indikerer et scatterplott for residualer og standardiserte, predikerte verdier at punktene grupperer seg nokså symmetrisk rundt en horisontal linje (Christophersen 2006:179-180). Dette indikerer en tilnærmet lik variasjon rundt regresjonslinjen på alle nivå, og dermed ansees forutsetningen om homoskedastisitet som oppfylt. Når det gjelder forutsetningen om normalfordelingen, viser et histogram av residualene at de i stor grad følger normalfordelingskurven. I tillegg indikerer et diagram at residualene er normalfordelte fordi residualene ligger tett rundt en rett linje (Christophersen 2006:178-179). Med dette vurderes forutsetningen om normalfordeling som oppfylt. Autokorrelasjon er systematiske endringer over tid. Faren for autokorrelasjon er liten fordi dataene ikke er tidsseriedata (Skog 2005:250-252). Videre viser Durbin-Watson's d at verdien 2.09 ligger mellom 1 og 3, noe som indikerer at autokorrelasjon ikke forekommer. Dermed vurderes forutsetningen om ikke autokorrelasjon som oppfylt. Gjennomgangen viser at den andre hovedforutsetningen for lineær regresjonsanalyse er oppfylt.

Den tredje hovedforutsetningen er at de uavhengige variablene og restleddet er ukorrelert med hverandre (Skog 2005:236). I den sekvensielle, multiple regresjonsanalysen er resultatene kontrollert for de øvrige uavhengige variablene. Det reduserer faren for at de uavhengige variablene og restleddet er korrelert (Skog 2005:253-254). Når det gjelder (multi)kolinearitet, er samtlige verdier for Toleranse (Tol) og Variansinflasjon (VIF) over 0.20. Dette indikerer at (multi)kolinearitet ikke foreligger (Christophersen 2006:181). På grunnlag av kontrollen for spuriøse komponenter og (multi)kolinearitet, ansees den tredje hovedforutsetningen for lineær regresjon som oppfylt. Alle tre hovedforutsetningene for lineær regresjonsanalyse er dermed oppfylt.

### **3.5 BETRAKTNINGER RUNDT KAUSALITET, GENERALISERBARHET, REPRESENTATIVITET OG RELIABILITET**

#### **Kausalitet**

Statistisk metode og kvantitative data som benyttes i denne oppgaven, står for et ikke-eksperimentelt design. Det vil si at designet gir anledning til å predikere variablers varians, korrelasjoner samt effektstørrelse- og retning ved en gitt sannsynlighet, og kontrollert for andre

variabler. Men designet gir verken mulighet til å stadfeste at de uavhengige variablene fører til avhengig variabel, eller mulighet til å vise hvordan de uavhengige variablene fører til avhengig variabel. Således kan ikke designet påvise kausale sammenhenger, gi innsikt i eller avdekke kausale mekanismer (George og Bennett 2005:21; Gerring 2004:348-349; 2007:43-45).

### **Generaliserbarhet og representativitet**

Datasettet som benyttes omfatter samtlige styremedlemmer i lokale helseforetak anno 2004. Det betyr at bruttoutvalget er synonymt med universet i 2004. Med en svarprosent på 68, ansees nettoutvalget som representativt for universet. Generalisering utover 2004 er vanskelig blant annet på grunn av hyppige skifter av styremedlemmer og flere sammenslåinger av lokale helseforetak etter 2004. De statistiske og substansielle resultatene er dermed representative for styremedlemmene i de lokale helseforetakene i 2004.

### **Reliabilitet**

Datasettet er innhentet for et annet formål enn problemstillingen i denne oppgaven. Det kan svekke reliabiliteten til resultatene. Imidlertid er spørsmålene tidligere utprøvd i 2003, noe som styrker reliabiliteten. Det nokså høye antallet enheter (N=142) bidrar til at eventuelle tilfeldige målefeil utjevner seg. Balanserte spørsmål motvirker også tilfeldige målefeil. Når det gjelder systematiske målefeil, antas det at de ansvarlige for datainnsamlingen har rutiner som fanger opp slike målefeil. Faren for systematiske og tilfeldige målefeil vurderes derfor som liten. Dette styrker reliabiliteten til resultatene. Videre styrkes reliabiliteten fordi det er mulig å etterprøve analyseresultatene. Samlet sett vurderes reliabiliteten som tilstrekkelig god.

## **3.6 OPPSUMMERING: FRA A TIL Å VED HJELP AV STATISTISK METODE OG KVANTITATIVE DATA**

Dette kapittelet har redegjort for fremgangsmåten som benyttes for å besvare problemstillingen. Statistisk metode og kvantitative data besvarer både første og andre del av problemstillingen. Datasettet er innsamlet, bearbeidet og dels analysert i forbindelse med en evalueringsrapport av spesialisthelsetjenesten, gjennomført av NIBR, Nordlandsforskning og Rogalandforskning. Datasettet bygger på en spørreundersøkelse blant styremedlemmer i de lokale helseforetakene i 2004. Kun utvalgte spørsmål om styremedlemmenes oppfatninger av ulike forhold relatert til

helseforetakene og helseforetaksmodellen inngår i indeksene for økonomistyring og styrets roller. Samtlige forutsetninger for lineær regresjonsanalyse er oppfylt. Ut fra en samlet vurdering av egenskaper ved spørsmålene, kausalitet, generaliserbarhet, representativitet og reliabilitet, ansees statistisk metode og kvantitative data som egnet til å besvare problemstillingen.

## KAPITTEL 4: STYRETS ROLLER

### 4.1 INNLEDNING

Formålet med dette kapittelet er å besvare første del av problemstillingen: *Hvordan oppfatter styremedlemmene i de lokale helseforetakene styrets rolle(r)?* Er det slik at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer i en styrings- og kontrollrolle for eier, en formalorganrolle der den administrative ledelsen tar de reelle beslutningene eller en interessehevdingsrolle? Eller opplever styremedlemmene at styret opptrer i samtlige roller?

Utgangspunktet for å besvare første del av problemstillingen er de teoretiske styrerollene og de formelle rammebetingelsene for helseforetaksmodellen og styret. Det er hensiktsmessig å benytte faktoranalyser og indekser for å operasjonalisere de abstrakte og teoretiske styrerollene. Derfor gjennomføres det separate faktoranalyser av styrings- og kontroll-, formalorgan- og interessehevdingsrollen. Faktoranalysene gir grunnlag for å konstruere additive indekser. De additive indeksene er den endelige operasjonaliseringen av styrets roller. Kapittelet avsluttes med en oppsummering og et svar på første del av problemstillingen.

### 4.2 OPERASJONALISERING OG FAKTORANALYSE AV STYRINGS- OG KONTROLLROLLEN

#### To aspekter ved styrings- og kontrollrollen

Noe av essensen i styrings- og kontrollrollen er at styret ivaretar eiers interesser gjennom strategisk styring og løpende kontroll av helseforetakets virksomhet og administrerende direktør. Forholdet mellom eier og styret er formet av de formelle rammebetingelsene for helseforetaksmodellen og styret. Ut fra den formelle organisasjonsstrukturen og lovverket utfolder statens eierskap seg over helseforetakene i to trinn, staten ved departementet og staten ved de regionale helseforetakene. Styret i lokale helseforetak skal følge eierstyringen fra departementet og det regionale helseforetaket, og ivareta deres interesser.



Forholdet mellom eier og styret gir minst to innfallsvinkler til styrings- og kontrollrollen. Den ene innfallsvinkelen er hvordan eier styrer styret. Det vil si hvordan eierstyringen fortøner seg for styret, og hvilke føringer eier pålegger styret. Den andre innfallsvinkelen er hvordan styret styrer helseforetaket for å ivareta eiers interesser. Det vil si hvordan eierstyringen gir seg utslag i styrets styring av foretaket. Her benyttes i all hovedsak den førstnevnte innfallsvinkelen, hvordan eier styrer styret. Begrunnelsen er at eierstyring er en forutsetning for styrings- og kontrollrollen. Uten eierstyring har ikke styret noen eierinteresser å ivareta. Derfor fortøner det seg logisk å undersøke hvordan eier styrer styret.

Ut fra styremedlemmenes ståsted kan eierstyringen deles opp i to aspekter, fjernstyringsaspektet og nærstyringsaspektet. Fjernstyringsaspektet omhandler hvordan departementet som den fjerne og overordnede eieren i Oslo styrer styret i lokale helseforetak, og hvilke føringer departementet pålegger styret. Nærstyringsaspektet handler om hvordan det regionale foretaket som den nære eieren styrer styret i lokale helseforetak, og hvilke føringer det regionale nivået pålegger styret. Begrunnelsen for å utlede fjernstyringsaspektet og nærstyringsaspektet er at aspektene gir et mer nyansert bilde av eierstyringen av styret. Antakelsen er at jo sterkere styremedlemmene oppfatter eierstyring fra departementet og det regionale helseforetaket, desto sterkere er indikasjonen på styrings- og kontrollrollen.

Det kan diskuteres hvor dekkende fjernstyringsaspektet og nærstyringsaspektet er i forhold til styrings- og kontrollrollen. Aspektene dekker eierstyring, og gir et nyansert bilde av eierstyringen ved å skille mellom hvordan departementet og det regionale foretaket styrer styret. Imidlertid er de to aspektene mindre dekkende i forhold til hvordan styret styrer helseforetaket for å ivareta eiers interesser. I den påfølgende substansielle vurderingen av aspektenes indikatorer fremkommer det likevel at nærstyringsaspektets indikatorer dekker dette mer enn indikatorene til fjernstyringsaspektet. Dette fordi nærstyringsaspektets indikatorer både måler eierstyring og hvordan styret ivaretar eierstyring fra det regionale foretaket, mens fjernstyringsaspektets indikatorer kun måler eierstyring fra departementet. Det at aspektene er mindre dekkende i forhold til hvordan styret ivaretar eiers interesser, er i tråd med at eierstyring er den valgte innfallsvinkelen til rollen. Derfor vurderes fjernstyringsaspektet og nærstyringsaspektet som tilstrekkelig dekkende for styrings- og kontrollrollen.

## Substansiell vurdering av indikatorene i fjernstyringsaspektet

**Tabell 4.1 Indikatorene for fjernstyringsaspektet ved styrings- og kontrollrollen<sup>10</sup>**

| Teoretisk aspekt | Indikatorer   |
|------------------|---|
| Fjernstyring     | <b>7b</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>Politisk ledelse i Helsedepartementet</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor |
|                  | <b>7c</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>Eieravdelingen i Helsedepartementet</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor   |
|                  | <b>7d</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>Sosial- og helsedirektoratet</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor          |

For å måle fjernstyring, det vil si hvordan departementet styrer styret og hvilke føringer departementet pålegger styret, benyttes tre indikatorer som vist i tabell 4.1. Indikatorene 7b-d spør styremedlemmene om hvilken innflytelse 7b politisk ledelse, 7c eieravdelingen i Helsedepartementet og 7d Sosial- og Helsedirektoratet har over beslutninger i helseforetaket. Indikatorene må sees i sammenheng med at det er styret som har øverste beslutningsmyndighet i helseforetaket. Svaralternativene fordeler seg på en femdelt skala fra ”Meget liten” til ”Svært stor” med ”Middels” som midtkategori. Jo nærmere styremedlemmene plasserer seg svaralternativet ”Svært stor” innflytelse, desto sterkere er indikasjonen på eierstyring og således fjernstyringsaspektet.

### Indikator 7b Politisk ledelse i Helsedepartementet

Indikator 7b måler hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at politisk ledelse i Helsedepartementet har over beslutninger i helseforetaket. Begrepet politisk ledelse i departementet kan oppfattes noe forskjellig av styremedlemmene. Her forstås begrepet som helseministeren, statssekretærer og politiske rådgivere i departementet. Det vil si de som utgjør helseforetaksmodellens øverste nivå og ledelse.

<sup>10</sup> Indikatorenes variabelnummer og formuleringer i tabellene 4.1 til 5.4 er hentet fra spørreskjemaet i appendiks.

Den inter-organisatoriske, vertikale fristillingen og horisontale spesialiseringen tilsier at den politiske ledelsen utøver innflytelse gjennom statens eier-, bestiller- og myndighetsrolle overfor helseforetakene. Innflytelsen over de lokale foretakenes beslutninger kan variere fra indirekte styring via det regionale foretaket til direkte styring. Innflytelsen kan også variere mellom saker og i tid. Det at innflytelsen kan variere, må sees i sammenheng med at den politiske ledelsen forholder seg til den parlamentariske styringskjeden og ministeransvaret (Nordby 2004:93, 96, 100-102; Olsen 1978:22-24). Det at regjeringens makt utgår fra Stortingets sammensetning og at helseministeren har det øverste, politiske ansvaret for helseforetaksmodellen, bidrar til at den politiske ledelsen i departementet hovedsakelig følger en politisk handlingslogikk. En politisk logikk kjennetegnes blant annet av at mange hensyn spiller sammen og mot hverandre samtidig. Det kan føre til målkonflikter, samt en uforutsigbar og adhoc- preget handlingslogikk for ledelsen (Christensen mfl. 2006:162). Egenskaper ved sakene kan være utslagsgivende for hvilke saker som statsråden engasjerer seg i. Eksempelvis kan saker som omhandler store pengebeløp gå tilnærmet upåaktet hen, mens saker av langt mindre betydning i kroner og øre kan få masse oppmerksomhet og kreve handling fra statsrådets side (Olsen 1978:50-51).

Følgende empiriske eksempel viser hvordan innflytelse fra departementets politiske ledelse kan arte seg i lokale helseforetak. I 2003 besluttet flertallet i styret ved helseforetaket Sykehuset Innlandet (SI) å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik sykehus (Hovik og Opedal 2005:154-155). Styret i SI begrunnet sitt vedtak med at nedleggelsen var i samsvar med daværende Helse Østs retningslinjer og krav til organiseringen av fødetilbudet. Nedleggelsen skulle bedre effektiviteten, ressursutnyttelsen og kvaliteten på fødetilbudet i helseforetaket og helseregionen. Imidlertid bidro støyen rundt vedtaket fra ansatte ved fødeavdelingen, lokale aksjonsgrupper, lokal-, fylkestings- og stortingspolitikere samt lokale og riksdekkende medier i sum til at helseministeren omgjorde styrets vedtak. Helseministerens uttalte begrunnelse var at fødeavdelingen på Gjøvik i følge Nasjonalt råd tilfredsstilte de faglige kravene til fødselstall, bemanning og beredskap. Dette empiriske eksempelet viser hvordan den politiske logikken kan virke, og hvordan direkte innflytelse fra den politiske ledelsen kan arte seg. Men det er ikke gitt at den politiske logikken virker på samme måte og gir samme utfall i lignende saker. Det viser blant annet nedleggelsen av fødeavdelingen ved Aker sykehus i 2003. Nedleggelsen ble gjennomført til tross for protester og høyt støynivå rundt vedtaket (Hovik og Opedal 2005:155).

Indikator 7b inngår i indikatorsettet fordi den måler hvordan styremedlemmene oppfatter innflytelsen fra den politiske ledelsen i departementet. Det at den politiske ledelsen preges av en politisk handlingslogikk, kan føre til at styremedlemmene oppfatter innflytelsen fra ledelsen som noe forskjellig fra annen innflytelse i departementet. Eksempelvis kan innflytelsen oppfattes som noe mer variert og uforutsigbar. En innvending mot indikatoren er at den er generell og lite nyansert. Den skiller ikke mellom innflytelse som utøves gjennom eier-, bestiller- og myndighetsrollen. Til tross for at indikatoren ideelt sett kunne gitt mer nyansert informasjon, vurderes den som et relevant mål på fjernstyringsaspektet.

### **Indikator 7c Eieravdelingen i Helsedepartementet**

Indikator 7c måler hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at eieravdelingen i Helsedepartementet har over beslutninger i helseforetaket. Ut fra helseforetaksmodellens interorganisatoriske, vertikale fristilling og horisontale spesialisering kan eieravdelingen utøve innflytelse overfor helseforetaket gjennom statens eierrolle. Det skjer ved at eieravdelingen utformer forslag til økonomiske, administrative og organisasjonsmessige styringskrav for helseforetakene. Styringskravene godkjennes så av den politiske ledelsen i departementet. Deretter fremlegger helseministeren kravene overfor det regionale foretaket, som igjen videreformidler kravene til det lokale helseforetaket. Det betyr at innflytelse fra eieravdelingen over helseforetakets beslutninger skjer indirekte via det regionale foretaket.

Det argumenteres for at eieravdelingen i departementet følger en administrativ handlingslogikk fremfor en politisk logikk. Sett i forhold til den politiske logikken, har en administrativ logikk som regel færre og klarere hensyn å konsentrere seg om, noe som fører til færre målkonflikter og en mer forutsigbar handlingslogikk (Christensen mfl. 2006:162; Olsen 1978:26). Fremtredende hensyn i den administrative logikken kan være knyttet til Webers byråkratimodell<sup>11</sup>, økonomisk kostnadseffektivitet og helsefaglige målsettinger. Hensynene avveies som regel på en forutsigbar og standardisert måte, slik at forslagene til styringskrav i all hovedsak også blir forutsigbare. Det at forslagene godkjennes av den politiske ledelsen kan bidra til at eieravdelingens administrative logikk blir ispedd elementer av politisk logikk. Dette kan medføre at styremedlemmene oppfatter

---

<sup>11</sup> Webers byråkratimodell innehar følgende definitoriske kjennetegn: regelstyring ut fra formelt lovverk, fast lønnet stab, spesialiserte arbeidsoppgaver, autoritet knyttet til formell posisjon samt skriftlig saksbehandling (Østerud 2002:67).

styringskravene som noe mindre forutsigbare enn de var opprinnelig. I tillegg går styringskravene via det regionale helseforetaket, noe som kan føre til at kravene til en viss grad tilpasses regionale forhold. Dette kan også ha betydning for hvordan styremedlemmene oppfatter føringene fra eieravdelingen.

Indikator 7c er et mål på hvordan styremedlemmene oppfatter innflytelsen fra eieravdelingen i departementet. Indikatoren er et relevant mål på fjernstyringsaspektet slik som indikator 7b, men skiller seg fra 7b på minst to måter. For det første måler 7c kun innflytelse som skjer gjennom eierrollen. Indikatoren representerer dermed et mer presist og avgrenset mål på innflytelse, sammenlignet med 7b som er et mer generelt mål på innflytelse fra eier-, bestiller- og myndighetsrollen. For det andre er 7c et mål på innflytelse som hovedsakelig følger en administrativ handlingslogikk i kontrast til 7b som følger en politisk logikk. Både ulike rollebruk og ulike handlingslogikker kan bidra til at styremedlemmene oppfatter graden av innflytelse fra den politiske ledelsen og eieravdelingen forskjellig. Derfor utfyller indikatorene hverandre med hensyn til fjernstyringsaspektet.

#### **Indikator 7d Sosial- og helsedirektoratet**

Indikator 7d måler hvor stor innflytelse styremedlemmene opplever at Sosial- og helsedirektoratet, nå Helsedirektoratet, har over beslutninger i helseforetaket. Direktoratet er en underliggende enhet av Helsedepartementet. Det øver innflytelse over helseforetak gjennom forvaltning og spesifisering av helselovgivning, deriblant regelverket tilknyttet innsatsstyrt finansiering<sup>12</sup> (Helsedirektoratet 2009; Regjeringen 2008b). Innflytelsen skjer derfor hovedsakelig gjennom statens myndighetsrolle. Slik sett utøver direktoratet først og fremst innflytelse over det formelle lovverket som omgir beslutningene, og i liten grad innflytelse over selve innholdet i beslutningene. Dette kan være av betydning for hvordan styremedlemmene oppfatter innflytelsen fra direktoratet. Noen kan oppfatte innflytelsen som ”Meget liten”, mens andre kan oppleve den som ”Svært stor”.

---

<sup>12</sup> Finansieringssystemet i helseforetaksmodellen er hovedsakelig todelt i en grunnbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. Innenfor den aktivitetsbaserte finansieringen utgjør innsatsstyrt finansiering (ISF) hoveddelen (Regjeringen 2008a).

Indikator 7d er inkludert som et mål på hvordan styremedlemmene oppfatter innflytelsen fra direktoratet. Innflytelse fra direktoratet argumenteres for å være en form for eierstyring på grunn av direktoratets tilknytning til departementet. Slik vurdert er dette en relevant indikator for fjernstyringsaspektet. Indikatoren er avgrenset til å måle innflytelse gjennom myndighetsrollen. Avgrensningen gjør at indikatoren substansielt utfyller de andre indikatorene for fjernstyringsaspektet.

### Substansiell vurdering av indikatorene i nærstyringsaspektet

**Tabell 4.2 Indikatorene for nærstyringsaspektet ved styrings- og kontrollrollen**

| Teoretisk aspekt | Indikatorer  |
|------------------|--|
| Nærstyring       | <b>4a</b> Hvor stor handlefrihet vil du si at styret har på følgende områder?<br><b>Disponering av tildelt budsjett</b><br>Liten frihet, nokså liten frihet, både og, nokså stor frihet, svært stor frihet   |
|                  | <b>4c</b> Hvor stor handlefrihet vil du si at styret har på følgende områder?<br><b>Arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket</b><br>Liten frihet, nokså liten frihet, både og, nokså stor frihet, svært stor frihet                             |
|                  | <b>4d</b> Hvor stor handlefrihet vil du si at styret har på følgende områder?<br><b>Planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud</b><br>Liten frihet, nokså liten frihet, både og, nokså stor frihet, svært stor frihet                              |
|                  | <b>4e</b> Hvor stor handlefrihet vil du si at styret har på følgende områder?<br><b>Påvirke kvaliteten på helsetjenestene</b><br>Liten frihet, nokså liten frihet, både og, nokså stor frihet, svært stor frihet   |
|                  | <b>6e</b> Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om HF- styret?<br><b>Styret har fokusert mer på økonomi enn på helsetjenestene i regionen</b><br>Helt uenig, nokså uenig, både og, nokså enig, helt enig  |
|                  | <b>6f</b> Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om HF- styret?<br><b>Styret har fokusert mer på administrative rutiner og organisasjonsutvikling enn på helsetjenestene i regionen</b><br>Helt uenig, nokså uenig, både og, nokså enig, helt enig |

Nærstyringsaspektet handler om hvordan det regionale helseforetaket styrer styret, og hvilke føringer det regionale nivået pålegger styret. For å måle dette aspektet, benyttes seks indikatorer som vist i tabell 4.2. Samtlige indikatorer er særlig knyttet til styrets strategiske styring i styrings- og kontrollrollen. De fire første indikatorene spør styremedlemmene om hvor stor handlefrihet

styret har i følgende oppgaver: 4a disponering av tildelt budsjett, 4c arbeids- og funksjonsfordeling, 4d planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud og 4e påvirke kvaliteten på helsetjenestene. De to siste indikatorene fremsetter følgende påstander om styret som styremedlemmene tar stilling til: 6e styret har fokusert mer på økonomi enn på helsetjenester i regionen, og 6f styret har fokusert mer på administrative rutiner og organisasjonsutvikling enn på helsetjenestene i regionen.

Svaralternativene for samtlige indikatorer fordeler seg på en femdelt skala med ”Både og” som midtkategori. For de fire førstnevnte indikatorene fordeler svaralternativene seg fra ”Liten frihet” til ”Svært stor frihet”. For de to sistnevnte indikatorene går svarkategoriene fra ”Helt uenig” til ”Helt enig”. Skalaretningen til indikatorene 4a og 4c-e er snudd. Antakelsen er at styremedlemmene som oppfatter at styret har liten handlefrihet (lav verdi på den opprinnelige skalaen), også er enig i at styret fokuserer mer på økonomi, administrative rutiner og organisasjonsutvikling. Det betyr at jo nærmere styremedlemmene plasserer seg svaralternativene ”Liten frihet” og ”Helt enig”, desto sterkere er indikasjonen på eierstyring og således nærstyringsaspektet. Det er imidlertid uklart om styremedlemmene oppfatter at både eierstyring og styret selv legger føringer på styrets handlefrihet og prioriteringer. Dette er mindre heldig i forhold til å rendyrke eierstyringen fra det regionale helseforetaket. Den videre analysen er oppmerksom på denne uklarheten.

#### **Indikator 4a Disponering av tildelt budsjett**

Indikator 4a måler hvor stor handlefrihet styremedlemmene opplever at styret har i disponering av tildelt budsjett. Ut fra det formelle lovverket er budsjettarbeid en av styrets hovedoppgaver. Det kan bidra til at styremedlemmene oppfatter at styret har stor handlefrihet i disponering av budsjett. Imidlertid kan styremedlemmene oppleve at både det regionale helseforetaket og styret legger føringer på handlefriheten.

Ut fra den formelle organisasjonsstrukturen og det formelle lovverket kan det regionale helseforetaket legge føringer for budsjettene i lokale helseforetak. Blant annet kan det regionale foretaket fastsette budsjettstørrelse, prioriteringsområder og resultatkrav. Det regionale helseforetaket fordeler bevilgningen fra statsbudsjettet mellom de lokale helseforetakene i sin

region. Slik sett er det regionale foretaket med på å fastsette størrelsen på de lokale helseforetakenes budsjett. Det kan indirekte legge føringer på hvordan styret disponerer sitt budsjett. Et forholdsvis lite budsjett kan gi styret liten handlefrihet fordi pengene hovedsakelig må dekke de faste og mest nødvendige utgiftspostene. Motsatt, kan et større budsjett gi styret økt slingsringsmonn i disponeringen av tildelt budsjett. Budsjettstørrelse kan derfor ha betydning for hvordan styremedlemmene oppfatter styrets handlefrihet i disponering av tildelt budsjett.

Det regionale helseforetaket kan også fremsette klare prioriteringsområder og resultatkrav til tildelt budsjett. Slike bindinger er som regel en videreføring av departementets styringskrav. Bindinger formidles vanligvis på foretaksmøtene, der det regionale foretaket har øverste myndighet. Styret i det lokale foretaket har dermed små muligheter til å unngå disse bindingene. Mange av styremedlemmene kan derfor oppfatte bindingene som direkte førende for hvordan styret skal disponere tildelt budsjett. Bindingene kan slik sett redusere styrets handlefrihet.

Det regionale foretaket kan også praktisere ulike varianter av gjennomgående representasjon for å legge direkte føringer for budsjettet. Gjennomgående representasjon betyr at representanter fra regionalt foretaksnivå sitter i styret i det lokale helseforetaket (Stigen mfl. 2005:112). De regionale representantene kan være styreleder, nestleder eller ordinære medlemmer i styret. Representantene kan legge føringer ved å fremme forslag eller krav til budsjettet som er i tråd med det regionale foretakets interesser. Men de regionale representantene er avhengige av støtte fra andre styremedlemmer for å få flertall for forslagene. Slik sett kan styret stemme ned forslagene fra de regionale representantene. Imidlertid vet styret at det regionale helseforetaket kan omgjøre styrets budsjettvedtak på foretaksmøtene. Det kan bidra til at styret tilpasser budsjettet til representantenes forslag og krav. Gjennomgående representasjon kan slik sett ha betydning for hvordan styremedlemmene oppfatter styrets handlefrihet i disponering av tildelt budsjett.

Styret kan også pålegge seg selv bindinger med hensyn til disponering av tildelt budsjett. Ut fra en inkrementell budsjettprosesstankegang, må styret ta hensyn til tidligere års prioriteringer og forpliktelser i årets budsjett (Hansen 2002b:131). Dersom helseforetaket har gått med underskudd de siste årene, må styret nødvendigvis ta hensyn til det i disponeringen av årets budsjett. I tillegg



til tidligere års prioriteringer og forpliktelser, kan styret også lage nye, framtidige bindinger for budsjettet. Eksempelvis kan styret øremerke penger som skal gå til et bestemt formål eller satsningsområde. Både tidligere og nye bindinger kan ha betydning for hvordan styremedlemmene oppfatter styrets handlefrihet i budsjettsammenheng. På den ene siden kan styremedlemmene oppfatte selvbindingene som noe de har valgt selv, og som et uttrykk for handlefrihet. Resonnementet er at handlefrihet er en forutsetning for å utøve selvbinding. På den andre siden kan styremedlemmene oppleve at selvbindingene er som hvilke som helst andre bindinger som reduserer styrets handlefrihet, til tross for at styret selv har vedtatt bindingene. Sistnevnte oppfatning kan sees i sammenheng med synet om at styret ikke vedtar selvbindinger i et organisasjonsmessig vakuum, men som regel i samråd med administrerende direktør og det regionale foretaket.

Indikator 4a inngår i indikatorsettet fordi den måler hvor stor handlefrihet styremedlemmene opplever at styret har i disponering av tildelt budsjett. Optimalt sett kunne indikatoren i større grad rendyrket eierstyring. Likevel vurderes indikatoren som et relevant og viktig mål på nærstyringsaspektet siden budsjettarbeid er en av styrets hovedoppgaver.

#### **4c Arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket**

Indikator 4c måler hvor stor handlefrihet styremedlemmene opplever at styret har i arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket. Arbeids- og funksjonsfordeling utgjør en del av den intra-organisatoriske vertikale oppdelingen og horisontale spesialiseringen innad i helseforetaket. Mer konkret dreier arbeids- og funksjonsfordelingen seg om hvordan utførerenhetene i helseforetaket er vertikalt oppdelt i avdelinger, divisjoner, klinikker eller en blanding av disse. Videre dreier det seg om hvordan avdelingene, divisjonene, klinikkene eller blandingsmodellene er horisontalt organisert på tvers av eller langs etter sykehusenes geografiske beliggenhet (Stigen 2005b:39-40). Ut fra den formelle organisasjonsstrukturen har styret sammen med ledelsen i helseforetaket stor grad av handlefrihet til å bestemme hvordan arbeids- og funksjonsfordelingen innad i helseforetaket skal være. Imidlertid kan styremedlemmene oppfatte at det regionale helseforetaket og styret selv legger føringer på handlefriheten.

En kartlegging fra 2004 viser at det er variasjoner i arbeids- og funksjonsfordeling mellom og innad i helseregionene (Stigen 2005b:40-41). Alle helseregionene unntatt Helse Midt-Norge, hadde da en strategi for arbeids- og funksjonsfordelingen (Hovik og Opedal 2005:160). Daværende Helse Øst hadde i 2004 divisjoner som sin hovedmodell, mens Helse Sør og Vest anvendte hovedsakelig klinikkmodellen. I alle tre helseregionene var det funksjonelle spesialiseringsprinsippet på tvers av sykehusenes beliggenhet dominerende. I Helse Midt-Norge og Helse Nord var både den vertikale oppdelingen og den horisontale spesialiseringen mer variert. Variasjonene mellom regionene viser blant annet at de regionale foretakene har mulighet til å legge strategier og føringer for arbeids- og funksjonsfordelingen i de lokale helseforetakene. Samtidig viser variasjonene innad i regionene at de regionale foretakene i større eller mindre grad åpner opp for lokale tilpasninger. Lokale tilpasninger kan bety handlefrihet for styret i det lokale helseforetaket. Handlefrihet gir styret anledning til å pålegge seg selv føringer for arbeids- og funksjonsfordelingen i helseforetaket. Styremedlemmene kan imidlertid oppfatte slike selvbindinger enten som et uttrykk for handlefrihet eller som et uttrykk for redusert handlefrihet.

To undersøkelser fra 2004 fremhever at klare føringer fra regionalt nivå og handlefrihet for styret, er to sentrale betingelser for å oppnå arbeids- og funksjonsendringer (Hovik og Lie 2005:188-194; Hovik og Opedal 2005:158-159). Velfungerende og klare styringsrelasjoner mellom det regionale foretaket og styret, gjør det enklere å gjennomføre endringer. Videre er det slik at forbedringene av arbeids- og funksjonsendringer oppleves av styremedlemmene som størst der styrets handlefrihet også oppfattes som størst. I tillegg til disse to betingelsene, fremhever undersøkelsene en strukturell betingelse. Jo flere sykehus som inngår i helseforetaket, desto enklere er det å få til arbeids- og funksjonsendringer. Men endringer er vanskeligere å få til dersom sykehusene er spredt over flere fylker.

Indikator 4c måler hvor stor handlefrihet styremedlemmene opplever at styret har i arbeids- og funksjonsfordelingen. Indikatoren er et relevant mål på nærstyringsaspektet. Selv om indikatoren ikke rendyrker eierstyring, er indikatoren relevant blant annet fordi styremedlemmenes opplevelse av handlefrihet kan gjenspeile regionale og lokale forskjeller.

#### **4d Planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud**

Indikator 4d måler hvor stor handlefrihet styremedlemmene oppfatter at styret har med hensyn til planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud. Ut fra det formelle lovverket er en av styrets hovedoppgaver å fastsette budsjett og planer for helseforetakets virksomhet. Det kan bidra til at styremedlemmene oppfatter at styret har stor handlefrihet når det gjelder planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud. Imidlertid innebærer planlegging at styret pålegger seg selv forpliktelser og selvbindinger for fremtiden. Som tidligere nevnt kan styremedlemmene se selvbindinger som et uttrykk for handlefrihet eller som en innsnevring av handlefrihet. I tillegg er styret selv ansvarlig for å samkjøre planer for det totale tjenestetilbudet, budsjett samt arbeids- og funksjonsdeling i helseforetaket. Styret kan oppfatte også dette som et uttrykk for handlefrihet eller som et uttrykk for redusert handlefrihet. Videre kan det regionale helseforetaket legge ulike føringer for planleggingen av helsetilbudet. Ut fra sitt ”sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen”- ansvar, plikter det regionale helseforetaket å påse at styret inkluderer alle lovpålagte helsetjenester i planleggingen.

Indikator 4d måler hvordan styremedlemmene oppfatter styrets handlefrihet med hensyn til planlegging av helseforetakets totale helsetilbud. Planlegging av helsetilbudet er en av styrets hovedoppgaver som både styret selv og det regionale helseforetaket kan legge føringer for. Indikatoren vurderes som et relevant mål på nærstyringsaspektet.

#### **4e Påvirke kvaliteten på helsetjenestene**

Indikator 4e er et mål på hvordan styremedlemmene vurderer styrets handlefrihet til å påvirke kvaliteten på helsetjenestene. Det å påvirke kvaliteten på helsetjenestene kan sees i sammenheng med forrige indikator, planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud som er en av styrets hovedoppgaver. Det kan bidra til at styremedlemmene oppfatter at styret har stor handlefrihet til å påvirke kvaliteten på helsetjenestene. Samtidig kan styremedlemmene oppfatte at handlefriheten reduseres av de samme type føringer som i forrige indikator. I tillegg legger statlige, standardiserte minstekrav på helsetjenestene føringer for styrets handlefrihet. Minstekravene forplikter styret til å opprettholde eller heve kvaliteten, og ikke senke den.

Indikator 4e måler hvor stor handlefrihet styret har til å påvirke kvaliteten på helsetjenestene, vurdert ut fra styremedlemmenes ståsted. Det at kvalitet og planlegging av helsetilbudet kan sees i sammenheng, gjør indikatoren til et relevant mål på nærstyringsaspektet.

### **6e Styret har fokusert mer på økonomi enn på helsetjenestene i regionen**

Indikator 6e måler hvorvidt styremedlemmene mener at styret har prioritert økonomi mer enn helsetjenester. Dette er en skjønnsmessig vurdering fra styremedlemmenes side. Her forstås økonomi synonymt med økonomistyring. Både økonomistyring og helsetjenester er lovpålagte oppgaver, og kan ikke bortprioriteres av styret. Økonomistyring er en av rammebetingelsene for produksjonen av helsetjenester. Innenfor styrets formelle handlingsrom, er det styret som avgjør i hvilken grad produksjonen av helsetjenester skal reguleres på bakgrunn av økonomistyring. Det gir styret handlefrihet.

Styrets handlefrihet kan riktignok reduseres av styringskrav fra det regionale foretaket. Styringskravene kan innebære at styret i større grad må regulere produksjonen av helsetjenester etter økonomistyring. Et eksempel på dette, er Helse Østs styringskrav om budsjettdisiplin i de lokale helseforetakene. I perioden 2002 til og med 2006 hadde Helse Øst et positivt akkumulert korrigert årsresultat (Aale 2007; St.prp. nr. 1 HD (2008-2009:123)). Samtidig hadde Helse Øst en aktivitetsutvikling som landsgjennomsnittet, en bedre kostnadseffektivitet enn landsgjennomsnittet og de korteste ventetidene i landet<sup>13</sup>. Hagen og Tjerbo (2005:174) konkluderer derfor med at ”Helse Østs innbyggere ikke kan sies å ha tapt på Helse Østs valg av budsjettstrategi”.

Indikator 6e inngår i indikatorsettet som et mål på hvorvidt økonomistyring er prioritert i større grad enn helsetjenester, etter styremedlemmenes oppfatning. Indikatoren vurderes som et relevant mål på nærstyringsaspektet, selv om den ikke rendyrker eierstyring. Både føringer fra styret og det regionale helseforetaket kan være utslagsgivende for styrets prioriteringer.

---

<sup>13</sup> Operasjonaliseringen av aktivitet, kostnadseffektivitet og ventetid er nærmere beskrevet i Hagen og Tjerbo (2005:172-174).

## **6f Styret har fokusert mer på administrative rutiner og organisasjonsutvikling enn på helsetjenestene i regionen**

Indikator 6f måler hvorvidt styremedlemmene mener at styret har prioritert administrative rutiner og organisasjonsutvikling mer enn helsetjenester. Dette er en skjønnsmessig vurdering fra styremedlemmenes side. Indikatoren har flere fellestrekk med den foregående indikatoren 6e. Administrative rutiner og organisasjonsutvikling er også en lovpålagt oppgave for styret, på lik linje med økonomi og helsetjenester. Styret kan derfor ikke bortprioritere noen av oppgavene. Administrative rutiner og organisasjonsutvikling utgjør en av rammebetingelsene for produksjonen av helsetjenester. Innenfor styrets formelle handlingsrom, er det dermed styret som avgjør i hvilken grad produksjonen av helsetjenester skal tilpasses etter rutiner og organisasjonsutvikling. Det gir styret handlefrihet.

Handlefriheten kan snevres inn av styringskrav fra det regionale foretaket. Styringskravene kan innebære at styret i større grad må tilpasse produksjonen av helsetjenester etter administrative rutiner og organisasjonsutvikling. Et eksempel på dette, er arbeids- og funksjonsfordelingen beskrevet i indikator 4c. Undersøkelsen fra 2004 viste at alle de regionale helseforetakene unntatt Helse Midt-Norge, hadde strategier for arbeids- og funksjonsfordeling i regionen (Hovik og Opedal 2005:158-160; Stigen 2005b:39-41). Det er derfor rimelig å anta at de lokale helseforetakene innenfor Helse Nord, Vest, Øst og Sør i større grad enn helseforetakene i Helse Midt-Norge, tilpasset produksjonen av helsetjenester etter rutiner og organisasjonsutvikling.

Indikator 6f inngår i indikatorsettet som et mål på hvorvidt administrative rutiner og organisasjonsutvikling er prioritert i større grad enn helsetjenester, etter styremedlemmenes oppfatning. Indikatoren vurderes som et relevant mål på nærstyringsaspektet. Dette til tross for at føringer fra både styret og det regionale helseforetaket kan være utslagsgivende for styrets prioriteringer.

## Statistisk vurdering av indikatorene i styrings- og kontrollrollen

*Tabell 4.3 Beskrivende statistikk for indikatorene i styrings- og kontrollrollen*

| Indikator                     | N   | Min | Max | Gj. Snitt | Std.avvik | Skjevhet<br>(SE) | Kurtose<br>(SE) |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----------|-----------|------------------|-----------------|
| <b>7b</b>                     | 129 | 1   | 5   | 3.95      | 1.11      | -0.88<br>(0.21)  | -0.18<br>(0.42) |
| <b>7c</b>                     | 121 | 1   | 5   | 3.93      | 1.01      | -0.89<br>(0.22)  | 0.39<br>(0.44)  |
| <b>7d</b>                     | 106 | 1   | 5   | 3.37      | 1.04      | -0.21<br>(0.23)  | -0.69<br>(0.46) |
| <b>4a<br/>snudd</b>           | 131 | 1   | 5   | 3.15      | 1.15      | 0.15<br>(0.21)   | -1.10<br>(0.42) |
| <b>4c<br/>snudd</b>           | 128 | 1   | 5   | 2.98      | 1.11      | 0.27<br>(0.21)   | -1.00<br>(0.42) |
| <b>4d<br/>snudd</b>           | 130 | 1   | 5   | 2.88      | 1.06      | 0.23<br>(0.21)   | -0.56<br>(0.42) |
| <b>4e<br/>snudd</b>           | 129 | 1   | 5   | 3.01      | 1.07      | 0.08<br>(0.21)   | -0.77<br>(0.42) |
| <b>6e</b>                     | 132 | 1   | 5   | 3.67      | 1.07      | -0.46<br>(0.21)  | -0.58<br>(0.42) |
| <b>6f</b>                     | 131 | 1   | 5   | 2.82      | 1.12      | 0.40<br>(0.21)   | -0.71<br>(0.42) |
| <b>Valid N<br/>(listwise)</b> | 98  |     |     |           |           |                  |                 |

Tabell 4.3 viser beskrivende statistikk for indikatorene som inngår i styrings- og kontrollrollen. Valid N (listwise) viser at 98 respondenter har gyldig verdi på samtlige indikatorer. Fordi det er ønskelig å inkludere flest mulig enheter, tillates enheter med missing verdi på inntil 40 prosent av indikatorene (Christophersen 2006:251-252). Min og Max indikerer at verdiene forekommer fra 1 til 5 på en fem gradert skala. Gjennomsnittsverdiene for indikatorsettet ligger mellom 2.82 og 3.95. Verdiene er noe nærmere Max enn Min, uten at de er spesielt høye. Gjennomsnittsverdiene vurderes derfor som tilfredsstillende. Standardavviket på omkring 1 representerer naturlig spredning, det vil si i hvilken grad enhetene gjennomgående avviker fra gjennomnittet (Christophersen 2006:45). Indikatorene har kun små skjevheter og er tilnærmet symmetriske fordi verdiene varierer mellom -1 og 1. Når det gjelder kurtose varierer verdiene for samtlige

indikatorer mellom -1 og 1, unntatt 4a. Dette indikerer kun små avvik fra normalfordelingen. 4a avviker lite til moderat fra normalfordelingen, men uten at dette fremstår som problematisk for den videre analysen. SE står for standardfeilen til gjennomsnittet for henholdsvis skjevhet og kurtose (Christophersen 2006:47). Den beskrivende statistikken gir ingen klare indikasjoner på at faktoranalyse og konstruering av indekser er uegnet.

### **Faktoranalyse for styrings- og kontrollrollen**

I den semi-konfirmerende faktoranalysen for styrings- og kontrollrollen, prespesifiseres to faktorer som tilsvarer fjernstyringsaspektet og nærstyringsaspektet. Men det spesifiseres ikke på forhånd hvilke indikatorer som lader på faktorene (Christophersen 2006:229).

Faktoranalysen viser at Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) er 0.74. Dette er et uttrykk for at indikatorenes korrelasjonsmønster er tilfredsstillende som utgangspunkt for faktoranalyse fordi verdien 0.74 ligger mellom 0.50 og 1 (Christophersen 2006:231). Barlett's signifikanstest på  $p < 0.001$  er et uttrykk for at korrelasjonsmatrisen har korrelasjoner med tilfredsstillende styrke (Christophersen 2006:232).

Videre viser faktoranalysen at avvikene mellom målte og reproduserte korrelasjoner stort sett er gjennomgående små. Men 6f "Styret har fokusert mer på administrative rutiner og organisasjonsutvikling enn på helsetjenestene i regionen", har avvik som ligger over de veiledende grensene fra -0.10 til 0.10 (Christophersen 2006:239). Avviket for 6f og 4c "Arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket" er på grensen 0.10, mens avviket for 6f og 6e "Styret har fokusert mer på økonomi enn på helsetjenestene i regionen" er på hele 0.30. Spesielt sistnevnte avvik gjør at faktormodellen ikke er tilfredsstillende. For å oppnå en tilfredsstillende modell utelates derfor indikator 6f. Utelatelsen av 6f kan bety tap av noe informasjon (Christophersen 2006:237). Det eventuelle tapet av informasjon kan til en viss grad kompenseres av at 6e har flere innholdsmessige fellestrekk med 6f. Fellestrekke er beskrevet i den substansielle vurderingen av indikatorene. Det er derfor rimelig å anta at styremedlemmer som har sagt seg enig i 6e også har sagt seg enig i 6f. Denne antakelsen støttes av at Pearsons  $r$  for 6e og 6f er 0.541. Korrelasjonen er positiv og signifikant på 1 prosent nivå.

**Tabell 4.4 Rotert faktorstrukturmatrise for styrings- og kontrollrollen, uten 6f**

| Indikator | Faktor 1    | Faktor 2    |
|-----------|-------------|-------------|
| 7b        | -0.11       | <b>0.79</b> |
| 7c        | -0.03       | <b>0.91</b> |
| 7d        | -0.25       | <b>0.71</b> |
| 4a snudd  | <b>0.56</b> | -0.02       |
| 4c snudd  | <b>0.68</b> | 0.00        |
| 4d snudd  | <b>0.71</b> | -0.16       |
| 4e snudd  | <b>0.85</b> | -0.25       |
| 6e        | <b>0.47</b> | -0.13       |

I den nye faktormodellen uten 6f har KMO økt til 0.75, mens Barletts signifikanstest fortsatt er  $p < 0.001$ . Det viktigste er likevel at samtlige avvik mellom målte og reproduserte korrelasjoner nå varierer mellom -0.10 og 0.10. De aller fleste avvikene varierer mellom -0.05 og 0.05, noe som tilsier at dette er en tilfredsstillende faktormodell.

For å vurdere de roterte faktorladningene i tabell 4.4, benyttes følgende veiledende grenser (Christophersen 2006:236-237). Ladninger under 0.30 (lavt) er lite tilfredsstillende. Ladninger fra 0.30 til 0.70 (moderat) må vurderes. De må vurderes substansielt, i forhold til antall enheter og hvorvidt de lader jevnt på flere faktorer. Ladninger over 0.70 (høyt) er tilfredsstillende, mens ladninger over 0.80 (svært høyt) må vurderes substansielt.

Den roterte faktorstrukturmatrisen viser at indikatorene 7b-d lader høyt til svært høyt på faktor 2 og tilsvarende lavt på faktor 1. Faktor 2 representerer fjernstyringsaspektet. Ut fra de veiledende grensene, er 0.91 for indikator 7c "Eieravdelingen i Helsedepartementet" svært høyt og må vurderes substansielt. 7c er innholdsmessig lik 7b "Politisk ledelse i Helsedepartementet", i og med at begge indikatorene dreier seg om instanser innenfor samme departement. Dette kan tale for at indikator 7c bør utelukkes. Imidlertid argumenteres det her for at politisk ledelse og eieravdelingen er to forskjellige instanser, med aktører som tidvis følger ulike handlingslogikker. Slik som beskrevet i den substansielle vurderingen av indikatorene følger den politiske ledelsen hovedsakelig en politisk handlingslogikk, mens aktørene i eieravdelingen i all hovedsak følger en administrativ logikk. Ulike aktører med forskjellig handlingslogikk kan bidra til at



styremedlemmene oppfatter innflytelsen fra dem ulikt. På bakgrunn av denne vurderingen forblir indikator 7c i faktormodellen, tross den høye ladningen.

Indikatorene 4a, 4c-e snudd og 6e lader moderat til høyt på faktor 1 og lavt på faktor 2 (Christophersen 2006:239). Faktor 1 representerer nærstyringsaspektet. Tatt i betraktning den substansielle vurderingen av indikatorene, de relativt mange enhetene i tabell 4.3 og at samtlige indikatorer lader moderat til høyt, ansees ladningene tilfredsstillende.

**Tabell 4.5 Faktoranalyse med definert eigenvalues over 1 for styrings- og kontrollrollen**

|        | Initial Eigen- values |           |        | Extraction Sums of Squared Loadings |           |        | Rotation Sums of Squared Loadings |           |        |
|--------|-----------------------|-----------|--------|-------------------------------------|-----------|--------|-----------------------------------|-----------|--------|
| Faktor | Total                 | % varians | Kum. % | Total                               | % varians | Kum. % | Total                             | % varians | Kum. % |
| 1      | 2.95                  | 36.89     | 36.89  | 2.50                                | 31.29     | 31.29  | 2.24                              | 27.97     | 27.97  |
| 2      | 2.11                  | 26.34     | 63.23  | 1.74                                | 21.72     | 53.01  | 2.00                              | 25.04     | 53.01  |
| 3      | 0.78                  | 9.76      | 72.99  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 4      | 0.65                  | 8.15      | 81.14  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 5      | 0.54                  | 6.71      | 87.85  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 6      | 0.41                  | 5.07      | 92.92  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 7      | 0.32                  | 4.04      | 96.96  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 8      | 0.24                  | 3.04      | 100.00 |                                     |           |        |                                   |           |        |

Tabell 4.5 viser at en faktoranalyse med Kaisers kriterium gir støtte for at faktormatrisen inneholder to faktorer med definert eigenvalues over 1. De to faktorene predikerer 63.23 % av indikatorsettets varians, det vil si både unik og felles varians (Christophersen 2006:236). Fellesvariansen før og etter rotasjon for de to første faktorene utgjør tilnærmet 53 % av indikatorsettets varians. Fellesvariens er imidlertid av mindre betydning her. Dette fordi formålet med denne faktoranalysen er å fastsette antallet faktorer på grunnlag av eigenvalues over 1.

#### **Reliabilitetsanalyse, Cronbachs alfa for styrings- og kontrollrollen**

Cronbachs alfa er et uttrykk for indikatorsettets indre konsistens, og er en form for reliabilitet (Christophersen 2006:241, 245). Cronbachs alfa varierer mellom 0 og 1 der verdier nær 1

uttrykker høy konsistens. Siden Cronbachs alfa er egnet for homogene indikatorsett, foretas det en reliabilitetsanalyse for hver av de to faktorene i styrings- og kontrollrollen.

For faktor 2, fjernstyringsaspektet, er ustandardisert og standardisert Cronbachs alfa 0.83. Verdien uttrykker høy indre konsistens, og at fjernstyringsaspektet utgjør et homogent indikatorsett. Her er "Squared Multiple Correlation" ( $R^2$ ) lavest for indikator 7d "Sosial- og helsedirektoratet" med 0.42. Dette tillegges liten vekt når Cronbachs alfa reduseres til 0.81 dersom indikatoren utelukkes (Christophersen 2006:246). I tillegg er "Correlated Item-Total Correlation", det vil si Pearsons  $r$ , mellom 7d og sumskåren av de andre indikatorene 0.63. Dette er en moderat korrelasjon som viser at indikatoren ikke er avvikende i forhold til resten av indikatorsettet (Christophersen 2006:244).

For faktor 1, nærstyringsaspektet, er ustandardisert og standardisert Cronbachs alfa 0.78. Verdien indikerer høy indre konsistens, og at nærstyringsaspektet dermed utgjør et homogent indikatorsett. Indikator 6e "Styret har fokusert mer på økonomi enn på helsetjenestene i regionen" har sammenlignet med de øvrige indikatorene den laveste  $R^2$  på 0.18. Dette tillegges imidlertid liten betydning da Cronbachs alfa forblir så godt som uendret (0.79) dersom 6e utelates. Pearsons  $r$  mellom 6e og en sumskåre basert på de øvrige indikatorene, viser at korrelasjonen er 0.41. Korrelasjonen er moderat, og indikerer at indikatoren ikke er avvikende i forhold til resten av indikatorsettet.

### **Deloppsummering av styrings- og kontrollrollen**

Faktoranalysene gir støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer i en styrings- og kontrollrolle. Videre gir faktoranalysene støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer innenfor rollens fjernstyringsaspekt og nærstyringsaspekt. På bakgrunn av den forutgående substansielle vurderingen av indikatorene og faktoranalysene, konstrueres to uveide additive indekser. Det konstrueres én indeks for fjernstyringsaspektet og én indeks for nærstyringsaspektet.

Konstrueringen av hver indeks består av tre trinn (Christophersen 2006:253-256). Det første trinnet oppretter en indeks der enheter med missing verdi på én eller flere indikatorer tildeles

gjennomsnittet for enhetens øvrige indikatorer. Trinn to lager en ny indeks der enheter med missing verdi på én indikator tildeles gjennomsnittet av verdiene til andre enheter på indikatoren. Trinn tre konstruerer den endelige indeksen som er en lik veid sum av indeksene fra trinn én og trinn to. Enheter med inntil 40 prosent missing verdi på indikatorene tildeles erstatningsverdier.

For fjernstyringsaspektet er korrelasjonene mellom indeksene fra de ulike trinnene lik 0.99 og 1.0. For nærstyringsaspektet er korrelasjonene mellom indeksene fra de ulike trinnene lik 1.0. Dette indikerer at indeksene for hvert aspekt korrelerer så godt som fullt ut. Det er derfor i utgangspunktet likegyldig hvilke av de tre indeksene for hvert aspekt som benyttes i den videre analysen. De endelige indeksene fra trinn tre har likevel noen fordeler fordi de er likeveide indekser som ivaretar både individuelle og gruppehensyn (Christophersen 2006:256). Derfor benyttes indeksene fra trinn tre videre. Indeksen for fjernstyringsaspektet måler hvilken innflytelse styremedlemmene oppfatter at Helsedepartementet og direktoratet har over beslutninger i lokale helseforetak. Indeksen for nærstyringsaspektet måler hvor liten handlefrihet styremedlemmene vurderer at styret har i forhold til oppgaver som både det regionale helseforetaket og styret selv kan legge føringer for. I tillegg måler indeksen hvorvidt styremedlemmene mener at styret har prioritert økonomistyring fremfor helsetjenester.

#### **4.3 OPERASJONALISERING OG FAKTORANALYSE AV FORMALORGANROLLEN**

Formalorganrollens sentrale trekk er at styret godkjenner og legitimerer vedtak som den administrative ledelsen, det vil si administrerende direktør og direktørens ledergruppe, i realiteten har besluttet. Forholdet mellom styret og ledelsen i beslutningssammenheng er formet av de formelle rammebetingelsene. Ut fra den intra-organisatoriske, vertikale og horisontale spesialiseringen samt lovverket, er en av styrets hovedoppgaver å ansette, fastsette lønn, gi instruks til, føre tilsyn med og eventuelt avskjedige administrerende direktør. Slik sett er administrerende direktør og ledelsen underordnet styret. I tråd med sin andre hovedoppgave tar styret de overordnede vedtakene angående virksomhetens administrative og økonomiske planlegging, forvaltning, kontroll, underretting og korrigerende tiltak, mens ledelsen tar beslutninger vedrørende den daglige driften. De følgende avsnittene utdyper forholdet mellom styret og ledelsen i beslutningssammenheng. Dette fordi operasjonaliseringen av formalorganrollen tar utgangspunkt i beslutningsforholdet mellom de to.

Styrets innflytelse over beslutninger i helseforetaket er primært knyttet til beslutningsmyndigheten. Helseforetakslovens paragrafer 28 og 29 gir styret øverste beslutningsmyndighet over administrative og økonomiske vedtak vedrørende virksomheten og administrerende direktør i helseforetaket. I tillegg til å vedta beslutninger, må styret forberede saker i forkant og følge opp beslutninger i etterkant. Arbeidet i forkant og etterkant av beslutninger skjer gjerne i samråd med departementet, det regionale helseforetaket og ledelsen i de lokale helseforetakene.

Ledelsens innflytelse over beslutninger i helseforetaket er tredelt. Ut fra den formelle organisasjonsstrukturen og lovverket kan ledelsen utøve innflytelse i forkant og etterkant av styrevedtak. I tillegg kan ledelsen ta beslutninger som faller innenfor administrerende direktørs myndighet. I forkant av styrevedtak kan ledelsen etter instruks fra styret eller på eget initiativ komme med forslag til beslutninger. Videre har administrerende direktør møteplikt og uttalerett på styremøter, dersom ikke styret bestemmer noe annet. Direktøren kan dermed komme med innspill til og vurderinger av saker som styret skal vedta. I etterkant av styrevedtak kan ledelsen delta i iverksetting og oppfølging av vedtak. Delaktighet før og etter styrevedtak kan gi ledelsen innflytelse over beslutninger i helseforetaket.

Administrerende direktør kan ta beslutninger selv. Helseforetakslovens paragraf 37 klargjør at administrerende direktør har myndighet til å ta beslutninger gjeldende den daglige driften. Administrerende direktør har derimot ikke myndighet til å ta beslutninger i saker som er uvanlig eller av stor betydning for virksomheten i helseforetaket. Det finnes imidlertid to unntak. For det første kan styret gi administrerende direktør myndighet til å beslutte i enkeltsaker av uvanlig art eller av stor betydning. For det andre kan administrerende direktør beslutte i saker av uvanlig art eller av stor betydning i tilfeller hvor det medfører vesentlig ulempe for virksomheten å avvende styrets beslutning. Dette gjelder selv om styret ikke har gitt direktøren myndighet til det. Lovbestemmelsene viser at administrerende direktør unntaksvis kan ta beslutninger utover den daglige driften. Dette gir administrerende direktør innflytelse. Det er imidlertid viktig å presisere at styret kan korrigere beslutninger tatt av direktøren, og i ytterste konsekvens avskjedige vedkommende. Slike handlinger tilhører riktignok sjeldenhetene da styret er et mer passivt enn aktivt styrings- og beslutningsorgan i formalorganrollen.

Operasjonaliseringen av formalorganrollen tar utgangspunkt i forholdet mellom styret og ledelsen i beslutningssammenheng. Det gir grunnlag for to antakelser. Operasjonaliseringen bygger på at forholdet mellom styret og ledelsen er mer preget av enighet, samarbeid og gjensidig nytte enn av uenighet og konkurranse. Den første antakelsen er dermed at jo sterkere styremedlemmene oppfatter at forholdet mellom styret og ledelsen er preget av enighet, desto sterkere er indikasjonen på formalorganrollen. Videre bygger operasjonaliseringen på at både styret og ledelsen har innflytelse over beslutningene i helseforetaket. Beslutningsmyndigheten gir styret innflytelse, mens delaktighet før og etter styrevedtak samt beslutningsmyndighet over den daglige driften gir ledelsen innflytelse. Den andre antakelsen er derfor at jo sterkere styremedlemmene opplever at både styret og ledelsen har innflytelse over beslutningene, desto sterkere er indikasjonen på formalorganrollen. Operasjonaliseringen er imidlertid nokså generell. I den påfølgende substansielle vurderingen av formalorganrollens indikatorer, fremkommer det at indikatorene optimalt sett kunne spesifisert graden av enighet samt styrkeforholdet mellom styret og ledelsen i beslutningssammenheng. Det foreliggende datamaterialet setter begrensninger for hvor spesifikke indikatorene kan være.

Formalorganrollen operasjonaliseres i én faktor, og rollen er således ikke delt inn i aspekter. Den substansielle begrunnelsen er at ledelsen formelt sett har et mer ordnet og samlet forhold til styret sammenlignet med de to øvrige rollene. Relasjonen mellom ledelsen og styret utfolder seg ikke på to nivå slik som forholdet mellom eier og styret. Relasjonen mangler heller ikke formelle kanaler for direkte kontakt slik som enkelte interessenter gjør i forhold til styret. Ledelsens ordnede forhold til styret bidrar derfor til at det er hensiktsmessig og tilstrekkelig å operasjonalisere rollen i én faktor.

## Substansiell vurdering av formalorganrollens indikatorer

**Tabell 4.6** *Indikatorene i formalorganrollen*

| Teoretisk begrep         | Indikatorer   |
|--------------------------|---|
| <b>Formalorganrollen</b> | <b>5c</b> Hvordan vil du beskrive forholdet mellom styret og følgende instanser og grupperinger utenfor styret?<br><b>Administrativ ledelse i helseforetaket</b><br>Meget stor uenighet, nokså stor uenighet, både og, nokså stor enighet, meget stor enighet |
|                          | <b>7g</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>Styret for helseforetaket</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor                                     |
|                          | <b>7h</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>Administrativ ledelse i helseforetaket</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor                        |

For å måle formalorganrollen benyttes tre indikatorer, slik som vist i tabell 4.6. Den første indikatoren, 5c, spør styremedlemmene om graden av enighet i forholdet mellom styret og ledelsen i helseforetaket. Svaralternativene fordeler seg på en femdelt skala fra ”Meget stor uenighet” til ”Meget stor enighet”. Midtkategorien er svaralternativet ”Både og”. De to neste indikatorene, 7g og 7h, spør styremedlemmene om hvilken innflytelse henholdsvis styret og ledelsen har over beslutninger i helseforetaket. Svaralternativene er fordelt på en femdelt skala fra ”Meget liten” til ”Svært stor”, med ”Middels” som midtkategori. Antakelsen er at jo nærmere styremedlemmene plasserer seg svaralternativene ”Meget stor enighet” og ”Svært stor” innflytelse, desto sterkere er indikasjonen på formalorganrollen. Gjennomgangen av de enkelte indikatorene er forholdsvis korte da mye er beskrevet innledningsvis i formalorganrollen.

### **5c Forholdet mellom styret og administrativ ledelse i helseforetaket**

Indikator 5c måler enighet mellom styret og ledelsen, vurdert av styremedlemmene. Enighet er viktig for å generere samarbeid og gjensidig nytte mellom styret og ledelsen. Indikatoren er derfor et relevant, men et generelt mål på formalorganrollen. Den spesifiserer eksempelvis ikke graden av enighet i beslutningssammenheng, noe som hadde vært ønskelig.

### **7g Styret for helseforetaket**

Indikator 7g måler hvor stor innflytelse styremedlemmene opplever at styret har over beslutninger i helseforetaket. Styrets innflytelse er hovedsakelig knyttet til beslutningsmyndigheten, slik det beskrives innledningsvis i formalorganrollen. Det at styremedlemmene oppfatter at styret har innflytelse over beslutningene, er sentralt for samarbeid og gjensidig nytte mellom styret og ledelsen i beslutningssammenheng. Styret er overordnet ledelsen, og gir ledelsen anledning til å være delaktig før og etter styrevedtak. Videre kan styret gi ledelsen beslutningsmyndighet utover den daglige driften. På bakgrunn av det overstående resonnementet, vurderes indikator 7g som et relevant og sentralt mål på formalorganrollen.

### **7h Administrativ ledelse i helseforetaket**

Indikator 7h måler hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at ledelsen har over beslutninger i helseforetaket. Slik det beskrives innledningsvis, kan ledelsens innflytelse tredeles i før og etter styrevedtak samt i egen beslutningsmyndighet. Det at styremedlemmene opplever at ledelsen har innflytelse over beslutninger, er viktig for at forholdet mellom styret og ledelsen skal generere samarbeid og gjensidig nytte. Således utfyller indikatoren den forrige indikatoren 7g, styremedlemmenes vurdering av styrets innflytelse over beslutninger. Det presiseres imidlertid at indikatorene 7g og 7h kun stadfester hvor stor innflytelse styret og ledelsen har hver for seg. Indikatorene gir ikke grunnlag for å trekke slutninger om styrkeforholdet mellom styret og ledelsen i beslutningssammenheng. Indikator 7h vurderes likevel som et relevant og viktig mål på formalorganrollen.

## Statistisk vurdering av indikatorene i formalorganrollen

*Tabell 4.7 Beskrivende statistikk for indikatorene i formalorganrollen*

| Indikator             | N   | Min | Max | Gj. snitt | Std.avvik | Skjevhet<br>(SE) | Kurtose<br>(SE) |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----------|-----------|------------------|-----------------|
| 5c                    | 131 | 2   | 5   | 4.25      | 0.75      | -0.78<br>(0.21)  | 0.31<br>(0.42)  |
| 7g                    | 132 | 1   | 5   | 4.08      | 0.87      | -0.71<br>(0.21)  | 0.20<br>(0.42)  |
| 7h                    | 133 | 2   | 5   | 4.24      | 0.75      | -0.86<br>(0.21)  | 0.67<br>(0.42)  |
| Valid N<br>(listwise) | 130 |     |     |           |           |                  |                 |

Tabell 4.7 viser beskrivende statistikk for de tre indikatorene som inngår i formalorganrollen. Valid N (listwise) viser at 130 respondenter har gyldig verdi på samtlige indikatorer. For å inkludere flest mulig enheter, tillates enheter med missing verdi på inntil 40 prosent av indikatorene. Min og Max indikerer at verdiene forekommer fra 1 til 5 for indikator 7g, og fra 2 til 5 for indikator 5c og 7h. Det betyr at ingen har svart verdi 1 ”Meget stor uenighet” mellom styret og ledelsen i 5c, og at ingen har svart 1 at ledelsen har ”Meget liten” innflytelse over beslutninger i 7h. Slik sett er ikke fordelingene helt optimale. Likevel argumenteres det for at indikatorene 5c og 7h kan brukes. Dette fordi verdi 2 er nokså innholdsmessig lik verdi 1 for begge indikatorene. Gjennomsnittsverdiene ligger på omtrentlig fire for utvalget. De noe høye gjennomsnittsverdiene må sees i sammenheng med at verdi 1 mangler på to av indikatorene. Verdiene kan imidlertid indikere en tendens til ja-siing (Mordal 1989:147). Denne indikasjonen tillegges imidlertid liten vekt fordi verken skjevhet eller kurtose indikerer at det foreligger en slik tendens. Standardavvik, skjevhet og kurtose vurderes som tilfredsstillende for samtlige indikatorer. Samlet sett gir den beskrivende statistikken ingen klare indikasjoner på at faktoranalyse og konstruering av indeks ikke er egnet.

## Faktoranalyse for formalorganrollen

Faktoranalysen for formalorganrollen prespesifiserer eigenvalues over 1 i stedet for antall faktorer. Dette fordi det forventes at kun én faktor representerer denne rollen.



Faktoranalysen viser at KMO er 0.59 og Barlett's signifikanstest er  $p < 0.001$ . Alle avvikene mellom målte og reproduserte korrelasjoner varierer mellom -0.05 og 0.05.

**Tabell 4.8 Faktoranalyse med definert eigenvalues over 1**

| Faktor | Initial Eigenvalues |           |        | Extraction Sums of Squared Loadings |           |        |
|--------|---------------------|-----------|--------|-------------------------------------|-----------|--------|
|        | Total               | % varians | Kum. % | Total                               | % varians | Kum. % |
| 1      | 1.62                | 53.98     | 53.98  | 1.05                                | 34.95     | 34.95  |
| 2      | 0.81                | 27.11     | 81.09  |                                     |           |        |
| 3      | 0.57                | 18.91     | 100.00 |                                     |           |        |

Tabell 4.8 viser at faktoranalysen som spesifiserer faktorer med eigenvalues over 1, gir én faktor. Faktor 1 predikerer tilnærmet 54 % av indikatorsettets varians.

**Tabell 4.9 Faktormatrise for formalorganrollen<sup>14</sup>**

| Indikator | Faktor 1 |
|-----------|----------|
| 5c        | 0.39     |
| 7g        | 0.80     |
| 7h        | 0.51     |

Faktormatrisen i tabell 4.9 viser at indikatorene 5c og 7h lader moderat, det vil si mellom 0.30 og 0.70. Tatt i betraktning den substansielle vurderingen av indikatorene og det høye antallet enheter, ansees ladningene tilfredsstillende. Indikator 7g lader høyt med 0.80.

### Reliabilitetsanalyse, Cronbachs alfa for formalorganrollen

Reliabilitetsanalysen viser at både ustandardisert og standardisert Cronbachs alfa er 0.57. Verdien som er nærmere 1 enn 0, uttrykker nokså høy indre konsistens for indikatorsettet. Nokså høy indre konsistens er i tråd med antakelsen om at formalorganrollen er et homogent begrep. Indikator 5c som måler enighet mellom styret og administrativ ledelse, har den laveste  $R^2$  på 0.10. Dette gis mindre vekt da Cronbachs alfa verken øker eller synker (0.57) dersom 5c utelates. I tillegg er Pearsons  $r$  0.31 mellom 5c og en sumskåre basert på de øvrige indikatorene.

<sup>14</sup> Grunnen til at faktormatrisen ikke er rotet, er antakelsen om at rollen har kun ett aspekt representert av én faktor. Rotasjon kan kun foretas når det foreligger flere faktorer, noe det ikke gjør i dette tilfellet (Christophersen 2006:236).

Korrelasjonen er moderat, og indikerer at indikatoren ikke er avvikende i forhold til indikatorsettet.

### **Deloppsummering av formalorganrollen**

Faktoranalysen gir støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptre i en formalorganrolle. På bakgrunn av den forutgående substansielle vurderingen av indikatorene og faktoranalysen, konstrueres én uveid additiv indeks. Konstruering av indeks og håndtering av enheter med missing verdi skjer på samme måte som beskrevet i deloppsummeringen av styrings- og kontrollrollen. Indeksen for formalorganrollen måler hvor stor enighet styremedlemmene oppfatter at det er mellom styret og ledelsen i lokale helseforetak. Videre måler indeksen hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at styret og ledelsen har hver for seg i beslutningssammenheng.

## **4.4 OPERASJONALISERING OG FAKTORANALYSE AV INTERESSEHEVDINGSROLLEN**

### **To aspekter ved interessehevdingsrollen**

I interessehevdingsrollen skal styret balansere beslutningseffektivitet og interessehevdning. Styret skal ta selvstendige beslutninger til det beste for helseforetaket på bakgrunn av medvirkning og påvirkning fra ulike interessenter. Denne balansegangen mellom beslutninger og interessehevdning er formet av de formelle rammebetingelsene. Helseforetaksloven gir styret øverste beslutningsmyndighet i helseforetaket. I tillegg til å ta beslutninger, har styret ansvar for å sette seg inn i sakene i forkant og følge opp beslutningene i etterkant. Det er i forkant av vedtakene at styret kan invitere til interessehevdning. Interessenter kan også på eget initiativ hevde sine interesser overfor styret i forkant av vedtak. Det er likevel viktig å presisere at det er styret som tar beslutningene, og som avgjør hvorvidt og i hvilken utstrekning ulike interessenter får gjennomslag for sine synspunkter.

Gruppen av interessenter tilknyttet helseforetaksmodellen er mangfoldig. Departementet, det regionale helseforetaket og ledelsen i lokale helseforetak er selvskrevne interessenter. Det er også de ansattes representanter i styret. En annen gruppe av interessenter er de som fremmer interesser på vegne av eller som direkte berørte parter av vedtaket. Ulike bruker- og pasientorganisasjoner

faller i denne gruppen. En tredje gruppe av interessenter er de som bedriver interessehevding som indirekte berørte parter av vedtaket. Lokale aksjonsgrupper er et eksempel på denne gruppen. Spesielt de to førstnevnte gruppene av interessenter vektlegges i den påfølgende operasjonaliseringen av interessehevdingsrollen.

Sammenhengen mellom styrets selvstendighet og interessenters interessehevding i beslutningssammenheng gir grunnlag for å utlede to aspekter ved interessehevdingsrollen. Aspektene er selvstendighetsaspektet og interesseaspektet. Selvstendighetsaspektet omhandler styrets beslutningsmyndighet og evne til å ta egne beslutninger. Interesseaspektet omhandler interessenters medvirkning og påvirkning i forkant av styrevedtak. Dynamikken mellom de to aspektene er som følgende. Styrets beslutningsmyndighet tiltrekker ulike interessenter som ønsker å hevde sine interesser overfor styret. Samtidig gir beslutningsmyndigheten styret egentyngde, gjennomslagskraft, beslutningseffektivitet og ikke minst selvstendighet i beslutninger. Disse kvalitetene gir styret evne til å benytte interessehevding som et konstruktivt bidrag i sitt beslutningsarbeid. Dynamikken danner grunnlag for to antakelser. Den første er at jo sterkere styremedlemmene oppfatter at styret er et selvstendig beslutningsorgan, desto sterkere er indikasjonen på selvstendighetsaspektet ved interessehevdingsrollen. Den andre antakelsen er at jo sterkere styremedlemmene oppfatter at ulike interessenter har innflytelse over beslutningene, desto sterkere er indikasjonen på interesseaspektet ved interessehevdingsrollen.

Det kan diskuteres hvor dekkende selvstendighetsaspektet og interesseaspektet er i forhold til interessehevdingsrollen. De to aspektene får frem mye av dynamikken mellom styrets selvstendighet og interessenters interessehevding. Slik sett nyanserer aspektene interessehevdingsrollen. Det er imidlertid viktig å presisere at aspektene ikke dekker hele rollen. Den påfølgende substansielle vurderingen viser at aspektenes indikatorer i liten grad synliggjør i hvilke type saker og i hvilken utstrekning styret vektlegger interessehevding. Likevel vurderes aspektene som tilfredsstillende dekkende. Dette fordi aspektene får frem sentrale deler av en viktig dynamikk i interessehevdingsrollen.

## Substansiell vurdering av indikatorene i selvstendighetsaspektet

*Tabell 4.10 Indikatorene for selvstendighetsaspektet ved interessehevdingsrollen*

| Teoretisk aspekt | Indikatorer  |
|------------------|--|
| Selvstendighet   | <b>6b</b> Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om HF- styret?<br><b>Styret innehar tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver</b><br>Helt uenig, nokså uenig, både og, nokså enig, helt enig |
|                  | <b>6c</b> Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om HF- styret?<br><b>Styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan</b><br>Helt uenig, nokså uenig, både og, nokså enig, helt enig                       |
|                  | <b>6d</b> Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om HF- styret?<br><b>Styret er et effektivt beslutningsorgan</b><br>Helt uenig, nokså uenig, både og, nokså enig, helt enig                             |

Tabell 4.10 viser de tre indikatorene som benyttes for å måle selvstendighetsaspektet. Alle tre indikatorene er påstander om styret i lokale helseforetak. Påstandene spør hvor enig styremedlemmene er i at 6b styret innehar tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver, 6c styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan og 6d styret er et effektivt beslutningsorgan. Svaralternativene for alle tre indikatorene fordeler seg på en femdelt skala fra ”Helt uenig” til ”Helt enig”. Midtkategorien er ”Både og”. Antakelsen er at jo mer enig styremedlemmene er i at styret er kompetent, er et uavhengig ekspertorgan og er beslutningseffektivt, desto sterkere er indikasjonen på selvstendighetsaspektet ved interessehevdingsrollen.

De tre indikatorene som benyttes for å måle selvstendighetsaspektet kan gi en tendens til ja-siing. Grunnen er at mange av styremedlemmene trolig sier seg enig i at styret er kompetent, er et uavhengig ekspertorgan og er beslutningseffektivt. Dette fordi styremedlemmene ikke ønsker å nedvurdere eget styre. Det at påstandene kommer rett etter hverandre og har samme skalaretning kan også bidra til at det oppstår en tendens til ja-siing. Men mulighetene for at det oppstår en slik tendens, reduseres av at spørsmålene er balanserte (Mordal 1989:95, 143). Den oddetallsdelte skalaen, den tilbudte midtkategorien ”Både og” samt ikke-ledende spørsmålsformuleringer, gjør spørsmålene balanserte. Den beskrivende statistikken som presenteres senere, viser at indikatorenes gjennomsnittsverdier er noe høye. Det kan indikere en tendens til ja-siing. Denne indikasjonen tillegges imidlertid liten vekt fordi verken skjevhet eller kurtose indikerer at det

foreligger en slik tendens. På bakgrunn av denne vurderingen, ansees derfor indikatorene som hensiktsmessige.

### **6b Styret innehar tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver**

Indikator 6b måler hvorvidt styret har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver, vurdert ut fra styremedlemmenes ståsted. Det er subjektivt hvordan styremedlemmene oppfatter begrepet tilstrekkelig kompetanse. Det er likevel nærliggende å oppfatte begrepet som hvorvidt styret har nok relevante kunnskaper, ferdigheter og erfaringer til å vedta administrative og økonomiske beslutninger vedrørende virksomheten og administrerende direktør.

En regresjonsanalyse gjennomført av Hovik og Lie fra 2004 (2005:193) viser at styrets kompetanse har en positiv signifikant sammenheng (0.14) med oppnådd ledelse, organisering og styring etter helseforetaksreformen. Disse resultatene baserer seg på spørreskjemadata fra styremedlemmer og den administrative ledelsen fra de regionale og lokale helseforetakene (Hovik og Lie 2005:184). Selv om dette resultatet bygger på et større univers av respondenter enn indikator 6b, gir resultatet en pekepinn på hva tilstrekkelig kompetanse kan bety for styret. Tilstrekkelig kompetanse kan gi styret en egentyngde i ledelse, organisering og styring generelt, samt i beslutningssammenheng spesielt. Egentyngde i form av kunnskaper, ferdigheter og erfaringer kan videre sees som en forutsetning for styrets selvstendighet. Indikator 6b vurderes derfor som et viktig og relevant mål på selvstendighetsaspektet.

### **6c Styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan**

Indikator 6c måler hvorvidt styremedlemmene oppfatter at styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan. Det er subjektivt hva hvert enkelt styremedlem legger i begrepet uavhengig ekspertorgan. Begrepet kan sees i sammenheng med forrige indikator. Styret må ha tilstrekkelig kompetanse for å fungere som et uavhengig ekspertorgan.

Det å fungere som et uavhengig ekspertorgan kan gi styret stor egentyngde og gjennomslagskraft i beslutningssammenheng, samt før og etter vedtak. I tråd med tankegangen om at kunnskap gir makt, kan det å fungere som et uavhengig ekspertorgan øke styrets selvstendighet. Styret kan

opparbeide seg økt selvstendighet og handlefrihet i forhold til interessenter. Indikator 6c vurderes derfor som en relevant indikator for selvstendighetsaspektet.

#### **6d Styret er et effektivt beslutningsorgan**

Indikator 6d måler hvorvidt styremedlemmene opplever styret som et effektivt beslutningsorgan. Begrepet effektivt beslutningsorgan kan forstås noe ulikt av styremedlemmene. Det er likevel nærliggende å forstå effektivt beslutningsorgan som et organ som tar beslutninger raskt og fortløpende, og som ikke lider under beslutningsvegring eller tungroddhet.

Det å være et effektivt beslutningsorgan kan gi styret økt selvstendighet. Dette fordi styret viser besluttosomhet, fremdrift og selvstendig handling overfor interessenter. Ved å ta beslutninger raskt og fortløpende, kan styret dermed opparbeide seg stor selvstendighet i styringen av helseforetaket generelt, og i beslutningssammenheng spesielt. Indikator 6d vurderes med dette som et hensiktsmessig mål på selvstendighetsaspektet.

## Substansiell vurdering av indikatorene i interesseaspektet

**Tabell 4.11 Indikatorene for interesseaspektet ved interessehevdingsrollen<sup>15</sup>**

| Teoretisk aspekt | Indikatorer  |
|------------------|--|
| Interesse        | <b>7i</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>De ansattes organisasjoner</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor               |
|                  | <b>7k</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>Bruker-/ pasientorganisasjoner</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor           |
|                  | <b>7l</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>Brukerutvalg</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor                             |
|                  | <b>7m</b> Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?<br><b>Kommunale og fylkeskommunale myndigheter</b><br>Meget liten, nokså liten, middels, nokså stor, svært stor |

For å måle interesseaspektet benyttes fire indikatorer som vist i tabell 4.11. Samtlige indikatorer ber styremedlemmene vurdere hvilken innflytelse følgende interessenter har over beslutninger i helseforetaket: 7i de ansattes organisasjoner, 7k bruker-/ pasientorganisasjoner, 7l brukerutvalg og 7m kommunale og fylkeskommunale myndigheter. Samtlige indikatorer har svaralternativer som fordeler seg på en femdelt skala fra ”Meget liten” til ”Svært stor”. Midtkategorien er ”Middels”. Antakelsen er at jo sterkere styremedlemmene oppfatter at ulike interessenter har innflytelse over beslutningene i helseforetaket, desto sterkere er indikasjonen på interesseaspektet ved interessehevdingsrollen. Antakelsen må sees i sammenheng med at styret har øverste beslutningsmyndighet i helseforetaket.

<sup>15</sup> Indikatorenes variabelnummer og formuleringer er hentet fra spørreskjemaet i appendiks, og avviker noe fra variabelnummer og svarformuleringer i datasettet. Et avvik er 7i som har variabelnummer 7h i datasettet. Et annet avvik er 7l ”Brukerutvalg” som har svarformuleringen ”Regionalt brukerutvalg” i datasettet.

## **7i De ansattes organisasjoner**

Indikator 7i måler hvor stor innflytelse styremedlemmene opplever at de ansattes organisasjoner har over beslutninger i helseforetaket. De ansattes organisasjoner er en mangfoldig gruppe av arbeidstaker- og interesseorganisasjoner. Den Norske Legeforening og Norsk Sykepleierforbund er to eksempler. Fellesnevneren er at de representerer og fremmer de ansattes interesser innenfor arbeidsvilkår og lønn. De ansattes organisasjoner oppnår innflytelse fordi de ansatte er en av de viktigste ressursene i helseforetaket. Styret som øverste beslutningsmyndighet er avhengig av et godt samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Organisasjonene kan utøve innflytelse over beslutninger på minst to måter. Den ene måten er gjennom ansattes representasjon i styret. Den andre måten er gjennom interessehevding i forkant av styrevedtak.

Den første måten er altså gjennom ansattes representasjon i styret. Begrunnelsen for å inkludere ansattes representasjon innenfor begrepet de ansattes organisasjoner, følger av dette resonnementet. Ansattes representasjon i styret er en lovfestet rett, jamfør Helseforetakslovens paragraf 23 og forskriften om de ansattes rett til representasjon. I helseforetak med mer enn 30 ansatte, kan et flertall av de ansatte kreve at opptil en tredjedel og minst to styremedlemmer med varamedlemmer velges blant og av de ansatte. I tillegg har de ansatte rett til å velge ett ekstra styremedlem og varamedlem dersom helseforetaket har mer enn 200 ansatte. I stedet for ett ekstra styremedlem, kan en fagforening som dekker et flertall av de ansatte, inngå en avtale med helseforetaket. Avtalen innebærer at de ansatte velger to observatører som overvåker styremøtene. Fagforeningens sentrale betydning i avtalen om observatører, viser hvorfor det er relevant å inkludere de ansattes representasjon innenfor begrepet de ansattes organisasjoner. Utover dette, gir ikke de ansattes representasjon noen direkte innflytelse over beslutningene for de ansattes organisasjoner. Organisasjonene kan riktignok opptre som rådgivere for de ansattes styremedlemmer eller observatører. Men det gir ingen direkte innflytelse fordi de ansattes styremedlemmer er avhengig av støtte fra andre styremedlemmer for å få vedtatt sine forslag på styremøtene.

Interessehevding er den andre måten de ansattes organisasjoner kan øve innflytelse over helseforetakets beslutninger. Organisasjonene kan være høringsinstans eller bedrive interessehevding på eget initiativ. Det er imidlertid et empirisk spørsmål hvordan styret



vektlegger denne interessehevdningen. Det varierer trolig fra sak til sak. Det er likevel grunn til å anta at styret i størst mulig grad imøtekommer krav og innspill fra de ansattes organisasjoner. Dette fordi mange av styrets vedtak berører de ansatte direkte, og fordi de ansatte er en av de viktigste ressursene i helseforetaket. Den kombinasjonen kan øke innflytelsen til de ansattes organisasjoner. Det er likevel viktig å presisere at styret først og fremst skal ivareta virksomhetens interesser, og derfor ikke alltid kan imøtekomme krav og innspill fra de ansattes organisasjoner. Det kan redusere noe av innflytelsen til de ansattes organisasjoner.

Indikator 7i inngår i indikatorsettet fordi den måler hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at de ansattes organisasjoner har over beslutninger i helseforetaket. Ettersom de ansatte er en av helseforetakets viktigste ressurser og ofte blir direkte berørt av styrevedtak, vurderes de ansattes organisasjoner som et viktig og relevant mål på interesseaspektet.

### **7k Bruker-/ pasientorganisasjoner**

Indikator 7k måler hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at bruker- og pasientorganisasjoner har over beslutninger i helseforetaket. Bruker og pasient anvendes i denne oppgaven som synonymer, og defineres som personer som har behov for eller benytter helsetilbud (Helse Midt-Norge 2009a:2). Indikatoren dekker en mangfoldig gruppe interesseorganisasjoner som bedriver interessehevdning på vegne av ulike brukergrupper. Den Norske Kreftforening, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Norges Blindforbund er tre eksempler.

Bruker- og pasientorganisasjoner oppnår gjerne innflytelse på grunn av sin kompetanse om ulike brukergrupper. Eksempler på kompetanse kan være oversikter og prognoser for utbredelse av ulike sykdommer samt behandlings -former, -tilbud og -tid. Styret trenger gjerne denne kunnskapen i beslutningssammenheng. Dette fordi brukergrupper i mange tilfeller blir direkte berørt av styrevedtak. For eksempel kan et budsjettvedtak enten styrke eller redusere helsetilbudet for bestemte brukergrupper i helseforetaket.

Bruker- og pasientorganisasjoner kan bedrive interessehevdning overfor styret som høringsinstans eller på eget initiativ. De driver gjerne interessehevdning på flere nivå samtidig ved hjelp av sine

fylkes- og lokallag (Helse Midt-Norge 2009b). De kan bedrive interessehevding overfor Stortinget og departementet på nasjonalt nivå, det regionale helseforetaket på regionalt nivå og styret på lokalt nivå. Bruker- og pasientorganisasjoner kan ha interesse av å utøve innflytelse over beslutninger på lokalt helseforetaksnivå som et første steg på veien mot innflytelse på regionalt og nasjonalt nivå. Det å oppnå innflytelse på lokalt nivå, sikrer først og fremst interessene til brukergrupper innad i helseforetaket. Men ordningen med fritt sykehusvalg gjør det mulig for brukergrupper utenfor helseforetaket å benytte seg av gode lokale tilbud. Organisasjonene kan også bruke gode lokale helsetilbud som eksempel og -argument for å innføre samme tilbud på regionalt eller nasjonalt nivå. Det kan være enklere for organisasjonene å påvise virkningen av egen innflytelse på lokalt nivå. Dersom en organisasjon eksempelvis får gjennomslag for å opprettholde fødetilbudet i forbindelse med et styrevedtak på lokalt nivå, er det en konkret virkning som organisasjonen kan vise til lokalt, regionalt og nasjonalt.

Indikator 7k er et mål på hvor stor innflytelse bruker- og pasientorganisasjoner har over beslutninger i helseforetaket, slik styremedlemmene vurderer det. Bruker- og pasientorganisasjonene representerer en av de mest sentrale interessentene i helseforetakene, det vil si brukerne av helsetjenestene. Indikatoren vurderes derfor som et høyst relevant og sentralt mål på interesseaspektet.

## **7l Brukerutvalg**

Indikator 7l måler hvor stor innflytelse styremedlemmene opplever at brukerutvalg har over beslutninger i helseforetaket. Både de regionale og lokale helseforetakene nedsetter vanligvis brukerutvalg. Brukerutvalgene består av representanter fra ulike bruker- og pasientorganisasjoner. Formålet med brukerutvalgene er i følge Helse Midt-Norges strategidokument (2009a:2) at ”[b]rukernes erfaring og kompetanse skal benyttes i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud for å oppnå bedre kvalitet på tjenestene”. Brukerutvalgene skal være en formell arena for brukervedvirkning på systemnivå (Helse Midt-Norge 2009a:2-3). Brukervedvirkning på systemnivå innebærer at brukerne sammen med fagfolk utøver innflytelse over helsetilbudet generelt, og ikke kun over utformingen av eget helsetilbud. Brukervedvirkning er en lovpålagt oppgave for samtlige helseforetak, jmfør Helseforetakslovens paragraf 35.

Brukerutvalgene får innflytelse gjennom å innhente og systematisere erfaringer fra brukere og pårørende (Helse Midt-Norge 2009c). Utvalgene holder regelmessige møter i forkant av styremøter. Der gjennomgår og drøfter brukerutvalgene den innhentede informasjonen før de videreformidler den til styret. Styret skal legge informasjonen til grunn når det planlegger og utvikler helsetilbudet, samt forbedrer kvaliteten på helsetjenestene. Brukerutvalgene kan øke sin tilstedeværelse og synlighet ved å få observasjonsstatus på styremøtene (Holte og Lie 2004:iv).

Indikator 7l er et mål på hvor stor innflytelse brukerutvalg har over beslutninger i helseforetaket, vurdert fra styremedlemmenes ståsted. Selv om brukerutvalg er noe overlappende med den forrige indikatoren, skiller den seg fra bruker- og pasientorganisasjoner på flere punkter. Brukerutvalg er en formell arena for interessehevding. De er nedsatt av helseforetak, og sammensatt av representanter fra ulike bruker- og pasientorganisasjoner. Indikator 7l vurderes derfor som et hensiktsmessig og utfyllende mål på interesseaspektet.

### **7m Kommunale og fylkeskommunale myndigheter**

Indikator 7m måler hvor stor innflytelse styremedlemmene opplever at kommunale og fylkeskommunale myndigheter har over beslutninger i helseforetaket. Med kommunale og fylkeskommunale myndigheter menes den politiske og administrative ledelsen i kommunene og fylkeskommunene. Kommunale og fylkeskommunale myndigheter står først og fremst i et samarbeidsforhold med de statlige helseforetakene. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenestene, som eksempelvis fastlege samt pleie- og omsorgstjenester. Tannhelsetjenester tilhører fylkeskommunalt ansvar, mens spesialisthelsetjenestene tilhører helseforetakenes ansvar. Brukernes behov for og benyttelse av ulike helsetjenester bidrar til at samarbeid mellom kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter er nødvendig. En styrket brukermedvirkning betinger også et godt samarbeid mellom de ulike myndighetene, og da spesielt mellom de kommunale og statlige (Helse Midt-Norge 2009a:10).

Kommunale og fylkeskommunale myndigheter kan øve innflytelse over beslutninger i helseforetaket på flere måter. De kan øve innflytelse i ulike samarbeidsfora med representanter fra styret og ledelsen i helseforetaket. Videre kan kommunale og fylkeskommunale myndigheter

opptre som høringsinstans i forkant av styrevedtak. De kan også meddele sine synspunkt og innspill på eget initiativ i forkant av styrevedtak.

Indikator 7m er et mål på hvor stor innflytelse styremedlemmene opplever at kommunale og fylkeskommunale myndigheter har over beslutninger i helseforetaket. Et samarbeidsforhold mellom de forskjellige myndighetene er nødvendig, kanskje spesielt mellom kommunale myndigheter og helseforetaket. Indikator 7m vurderes som et relevant mål på interesseaspektet.

### Statistisk vurdering av indikatorene i interessehevdingsrollen

**Tabell 4.12 Beskrivende statistikk for indikatorene i interessehevdingsrollen**

| Indikator                     | N   | Min | Max | Gj. Snitt | Std.avvik | Skjevhet<br>(SE) | Kurtose<br>(SE) |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----------|-----------|------------------|-----------------|
| <b>6b</b>                     | 133 | 2   | 5   | 4.17      | 0.85      | -0.79<br>(0.21)  | -0.05<br>(0.42) |
| <b>6c</b>                     | 132 | 1   | 5   | 2.87      | 1.12      | 0.06<br>(0.21)   | -0.71<br>(0.42) |
| <b>6d</b>                     | 132 | 1   | 5   | 3.88      | 0.86      | -0.77<br>(0.21)  | 0.53<br>(0.42)  |
| <b>7i</b>                     | 133 | 1   | 5   | 3.04      | 0.81      | -0.26<br>(0.21)  | -0.06<br>(0.42) |
| <b>7k</b>                     | 130 | 1   | 5   | 2.62      | 0.85      | 0.34<br>(0.21)   | -0.46<br>(0.42) |
| <b>7l</b>                     | 129 | 1   | 5   | 2.54      | 0.81      | 0.31<br>(0.21)   | -0.08<br>(0.42) |
| <b>7m</b>                     | 129 | 1   | 5   | 2.05      | 0.79      | 0.66<br>(0.21)   | 0.86<br>(0.42)  |
| <b>Valid N<br/>(listwise)</b> | 123 |     |     |           |           |                  |                 |

Beskrivende statistikk for indikatorene i interessehevdingsrollen er vist i tabell 4.12. Valid N (listwise) viser at 123 respondenter har gyldig verdi på samtlige indikatorer. For å øke antall enheter ytterligere, tillates enheter med missing verdi på inntil 40 prosent av indikatorene. Min og Max går fra 1 til 5, unntatt i 6b der fordelingen går fra 2 til 5. Selv om fordelingen i 6b ikke er optimal, benyttes indikatoren videre. Dette fordi verdi 1 "Helt uenig" kan kompenseres

innholdsmessig av verdi 2 ”Nokså uenig”. Manglende verdi 1 bidrar til at gjennomsnittsverdien 4.17 for 6b er noe høyere enn for de andre indikatorene. De andre gjennomsnittsverdiene varierer mellom 2.05 og 3.88. Standardavvikene viser at det forekommer en naturlig spredning. Skjevhet og kurtose for samtlige indikatorer varierer mellom -1 og 1, noe som er tilfredsstillende. Samlet sett gir den beskrivende statistikken ingen indikasjoner på at faktoranalyse og konstruering av indekser er uegnet.

### **Faktoranalyse for interessehevdingsrollen**

I den semi-konfirmerende faktoranalysen for interessehevdingsrollen, prespesifiseres to faktorer som tilsvarer selvstendighetsaspektet og interesseaspektet.

Faktoranalysen viser at KMO er 0.67 og Barlett's signifikanstest er  $p < 0.001$ . Dette indikerer at indikatorenes korrelasjonsmønster egner seg for faktoranalyse. De aller fleste avvikene mellom målte og reproduserte korrelasjoner varierer mellom -0.05 og 0.05. Fire av avvikene ligger utenfor dette intervallet, hvor ett avvik også overskrider den veiledende grensen fra -0.10 til 0.10. Indikatorene 7i ”De ansattes organisasjoner” og 7m ”Kommunale og fylkeskommunale myndigheter” har et avvik på 0.18. Avviket vurderes likevel ikke som større enn at indikatorene tas med i faktormodellen.

**Tabell 4.13 Rotert faktormatrise for interessehevdingsrollen**

| Indikator | Faktor 1    | Faktor 2    |
|-----------|-------------|-------------|
| <b>6b</b> | 0.28        | <b>0.62</b> |
| <b>6c</b> | 0.17        | <b>0.48</b> |
| <b>6d</b> | 0.28        | <b>0.72</b> |
| <b>7i</b> | <b>0.45</b> | 0.32        |
| <b>7k</b> | <b>0.90</b> | 0.21        |
| <b>7l</b> | <b>0.90</b> | 0.29        |
| <b>7m</b> | <b>0.55</b> | 0.35        |

Den roterte faktorstrukturmatrisen illustrert i tabell 4.13, viser at indikatorene 6b-d lader moderat til høyt på faktor 2 og lavt på faktor 1. Faktor 2 representerer selvstendighetsaspektet. Ut fra den

substansielle vurderingen av indikatorene, de relativt mange enhetene i tabell 4.12 og at samtlige indikatorer lader høyere enn 0.30, vurderes ladningene som tilfredsstillende.

Indikatorene 7i og 7k-m lader moderat og svært høyt på faktor 1, samt lavt og på grensen til moderat på faktor 2. Faktor 1 representerer interesseaspektet. En forklaring på at indikatorene 7i ”De ansattes organisasjoner” og 7m ”Kommunale og fylkeskommunale myndigheter” lader moderat på faktor 1 og i grenseland lavt til moderat på faktor 2, kan være det tidligere nevnte avviket mellom de målte og reproduserte korrelasjonene. Substansielt sett utgjør disse indikatorene to relevante og forskjellige hovedinteressenter som kan innvirke på helseforetakets beslutninger. Det å utelate en eller begge indikatorene kan medføre tap av relevant informasjon om interesseaspektet. Derfor beholdes indikatorene 7i og 7m.

7k ”Bruker- og pasientorganisasjoner” og 7l ”Brukerutvalg” lader svært høyt på faktor 1, noe som tilsier at også disse indikatorene må vurderes substansielt. Det argumenteres for at indikatorene representerer to viktige og ulike interessenter. Bruker- og pasientorganisasjoner er interesseorganisasjoner, mens brukerutvalg er nedsatt av helseforetak og sammensatt av representanter fra ulike organisasjoner. Disse forskjellene kan bidra til at styremedlemmene oppfatter at interessentene utøver innflytelse i ulik grad i ulike saker. Det å utelate en eller begge indikatorene vurderes derfor som et for stort tap av informasjon. Med dette beholdes faktorstrukturmatrisen slik den er, selv om den optimalt sett kunne vært noe klarere.

**Tabell 4.14 Faktoranalyse med definert eigenvalues over 1 for interessehevdingsrollen**

|        | Initial Eigen- values |           |        | Extraction Sums of Squared Loadings |           |        | Rotation Sums of Squared Loadings |           |        |
|--------|-----------------------|-----------|--------|-------------------------------------|-----------|--------|-----------------------------------|-----------|--------|
| Faktor | Total                 | % varians | Kum. % | Total                               | % varians | Kum. % | Total                             | % varians | Kum. % |
| 1      | 2.83                  | 40.41     | 40.41  | 2.42                                | 34.55     | 34.55  | 2.11                              | 30.17     | 30.17  |
| 2      | 1.41                  | 20.09     | 60.50  | 0.91                                | 13.00     | 47.55  | 1.22                              | 17.38     | 47.55  |
| 3      | 0.85                  | 12.13     | 72.63  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 4      | 0.74                  | 10.51     | 83.14  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 5      | 0.59                  | 8.38      | 91.52  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 6      | 0.46                  | 6.56      | 98.08  |                                     |           |        |                                   |           |        |
| 7      | 0.13                  | 1.92      | 100.00 |                                     |           |        |                                   |           |        |

Tabell 4.14 viser at en faktoranalyse med Kaisers kriterium gir belegg for å hevde at faktormatrisen inneholder to faktorer med eigenvalues over 1. De to faktorene predikerer 60.50 % av indikatorsettets varians.

### **Reliabilitetsanalyse, Cronbachs alfa for interessehevdingsrollen**

For selvstendighetsaspektet, faktor 2, er ustandardisert og standardisert Cronbachs alfa henholdsvis 0.59 og 0.61. Verdiene indikerer nokså høy indre konsistens, og at selvstendighetsaspektet utgjør et homogent indikatorsett. Indikator 6c "Styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan" har sammenlignet med de øvrige indikatorene den laveste  $R^2$  på 0.12. Dette tillegges imidlertid liten betydning da Cronbachs alfa forblir så godt som uendret (0.62) dersom 6c utelates. I tillegg er Pearsons  $r$  0.34 mellom 6c og en sumskåre basert på de øvrige indikatorene. Korrelasjonen er moderat, og viser at indikatoren ikke er avvikende i forhold til resten av indikatorsettet.

For interesseaspektet, faktor 1, er ustandardisert og standardisert Cronbachs alfa 0.79. Verdien uttrykker høy indre konsistens, og at dette aspektet utgjør et homogent indikatorsett. Her er  $R^2$  lavest på 0.24 for indikator 7i "De ansattes organisasjoner", men dette tillegges liten vekt når Cronbachs alfa også her forblir omtrent uendret 0.80 dersom indikatoren utelukkes. Pearsons  $r$  mellom 7i og sumskåren av de andre indikatorene er 0.44. Dette er en moderat korrelasjon som viser at indikatoren ikke er avvikende i forhold til resten av indikatorsettet.

### **Deloppsummering av interessehevdingsrollen**

Faktoranalysene gir støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer i en interessehevdingsrolle. Videre gir faktoranalysene støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer innenfor rollens selvstendighetsaspekt og interesseaspekt. På bakgrunn av den forutgående substansielle vurderingen av indikatorene og faktoranalysene, konstrueres to uveide additive indekser. Det konstrueres én indeks for selvstendighetsaspektet og én indeks for interesseaspektet. Konstruering av indekser og håndtering av enheter med missing verdi gjennomføres på samme måte som for de to andre rollene. Indeksen for selvstendighetsaspektet måler hvor enig styremedlemmene er i at styret er kompetent, er et ekspertorgan og er et effektivt

beslutningsorgan. Indeksen for interesseaspektet måler hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at ulike interessenter har over beslutninger i lokale helseforetak.

#### **4.5 OPPSUMMERING: HVORDAN OPPFATTER STYREMEDLEMMENE STYRETS ROLLER, OG HAR DE NOEN SAMMENHENG?**

Dette kapittelet har operasjonalisert styrets roller, og undersøkt første del av problemstillingen. Faktoranalysene gir støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer i en styrings- og kontroll-, formalorgan- og interessehevdingsrolle. Likeledes gir faktoranalysene støtte for at styrings- og kontrollrollen samt interessehevdingsrollen inneholder to faktorer hver, mens formalorganrollen inneholder én faktor. På bakgrunn av faktoranalysene, er det konstruert indekser for fjernstyringsaspektet, nærstyringsaspektet, formalorganrollen, selvstendighetsaspektet og interesseaspektet.

Indeksen for fjernstyringsaspektet måler hvilken innflytelse styremedlemmene oppfatter at Helsedepartementet og direktoratet har over beslutninger i lokale helseforetak. Indeksen for nærstyringsaspektet måler hvor liten handlefrihet styremedlemmene vurderer at styret har i forhold til oppgaver som både det regionale helseforetaket og styret selv kan legge føringer for. I tillegg måler indeksen hvorvidt styremedlemmene mener at styret har prioritert økonomistyring fremfor helsetjenester. Indeksen for formalorganrollen måler hvor stor enighet styremedlemmene oppfatter at det er mellom styret og ledelsen i lokale helseforetak. Videre måler indeksen hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at styret og ledelsen har hver for seg i beslutningssammenheng. Når det gjelder indeksen for selvstendighetsaspektet måler den hvor enig styremedlemmene er i at styret er kompetent, er et ekspertorgan og er et effektivt beslutningsorgan. Indeksen for interesseaspektet måler hvor stor innflytelse styremedlemmene oppfatter at ulike interessenter har over beslutninger i lokale helseforetak. Disse indeksene utgjør de uavhengige variablene i neste kapittels regresjonsanalyse.



**Tabell 4.15 Bivariat korrelasjonsmatrise for samtlige uavhengige variabler, Pearsons  $r$**

|                                      | Indeks<br>fjernstyrings-<br>aspektet | Indeks<br>nærstyrings-<br>aspektet | Indeks<br>formalorgan<br>rollen | Indeks<br>selvstendigh.-<br>aspektet | Indeks<br>interesse-<br>aspektet |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Indeks<br>fjernstyrings-<br>aspektet | 1                                    |                                    |                                 |                                      |                                  |
| Indeks<br>nærstyrings-<br>aspektet   | -0.095                               | 1                                  |                                 |                                      |                                  |
| Indeks<br>formalorgan<br>rollen      | -0.115                               | -0.413**                           | 1                               |                                      |                                  |
| Indeks<br>selvstendigh.-<br>aspektet | -0.042                               | -0.405**                           | 0.342**                         | 1                                    |                                  |
| Indeks<br>interesse-<br>aspektet     | 0.275**                              | -0.351**                           | 0.294**                         | 0.288**                              | 1                                |

\*\* $\cdot$ :  $p \leq 0.01$  (2-halet test)

Den bivariate korrelasjonsmatrisen i tabell 4.15 viser at indeksene for nærstyringsaspektet, formalorganrollen, selvstendighetsaspektet og interesseaspektet korrelerer signifikant med hverandre. Fjernstyringsaspektet korrelerer kun signifikant med interesseaspektet. Signifikante korrelasjoner indikerer at det er sammenheng mellom styrets roller.

Nærstyringsaspektet skiller seg fra de andre indeksene fordi indeksen korrelerer negativt og signifikant med samtlige indekser. Unntaket er fjernstyringsaspektet der korrelasjonen ikke er signifikant. De negative, signifikante korrelasjonene betyr at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor nærstyringsaspektet, oppfatter i mindre grad at styret opptrer i formalorganrollen samt innenfor selvstendighetsaspektet og interesseaspektet ved interessehevdingsrollen. Slik sett er det til dels et motsetningsforhold mellom nærstyringsaspektet og de to øvrige rollene.

Formalorganrollen og de to aspektene ved interessehevdingsrollen korrelerer positivt og signifikant med hverandre. De positive, signifikante korrelasjonene betyr at styremedlemmene

oppfatter at styret til en viss grad opptrer både i formalorganrollen og interessehevdingsrollen. Slik sett er det et noe overlappende forhold mellom de to rollene.

Samtlige korrelasjoner for de uavhengige variablene er under 0.50, noe som indikerer at faren for (multi)kolineraritet er liten (Christophersen 2006:180). De bivariate korrelasjonene understøtter dermed verdiene for Toleranse (Tol) og Variansinflatjon (VIF) i kapittel tre som tilsier at (multi)kolinearitet ikke foreligger.

Samlet sett gir faktoranalysene støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer i tre styreroller. Faktoranalysene gir også støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer innenfor nærstyringsaspektet og fjernstyringsaspektet ved styrings- og kontrollrollen, samt innenfor selvstendighetsaspektet og interesseaspektet ved interessehevdingsrollen. Den bivariate korrelasjonsmatrisen indikerer at det er en svak til moderat signifikant sammenheng mellom de fleste aspektene. Svaret på første del av problemstillingen er derfor at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer i en styrings- og kontroll-, formalorgan- og interessehevdingsrolle, og at det er sammenheng mellom rollene.

## KAPITTEL 5: STYRETS ROLLER OG ØKONOMISTYRING

### 5.1 INNLEDNING

Formålet med dette kapitlet er å besvare andre del av problemstillingen: *Hvorvidt er det sammenheng mellom styremedlemmenes oppfatninger av styrets rolle(r) og økonomistyring?*

For å besvare denne delen av problemstillingen benyttes en sekvensiell, multippel og lineær regresjonsanalyse. I regresjonsanalysen inngår økonomistyring som avhengig variabel, og styrets roller som uavhengige variabler. Operasjonalisering av økonomistyring skjer i forkant av regresjonsanalysen. Kapitlet avsluttes med en oppsummering og et svar på andre del av problemstillingen.

### 5.2 OPERASJONALISERING OG FAKTORANALYSE AV ØKONOMISTYRING

Utgangspunktet for operasjonaliseringen av økonomistyring er de formelle rammebetingelsene og den økonomiske utviklingen for helseforetaksmodellen og styret. Styret er lovpålagt å planlegge, forvalte, kontrollere, underrette og korrigere helseforetakets økonomi. Dette er nærmere beskrevet og drøftet i kapittel én, og gjentas ikke her. Økonomistyring operasjonaliseres på samme måte som styrets roller, det vil si gjennom faktoranalyse og konstruering av indeks.

## Substansiell vurdering av indikatorene for økonomistyring

*Tabell 5.1 Indikatorer for økonomistyring<sup>16</sup>*

| Teoretisk begrep | Indikatorer  |
|------------------|--|
| Økonomistyring   | <p><b>13b</b> Ut fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer, som følge av reformen, på følgende områder for ditt helseforetaks vedkommende?</p> <p><b>Mer effektiv økonomistyring</b></p> <p>I svært liten grad, i nokså liten grad, både og, i nokså stor grad, i svært stor grad</p>  |
|                  | <p><b>13g</b> Ut fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer, som følge av reformen, på følgende områder for ditt helseforetaks vedkommende?</p> <p><b>Bedre utnytting av personellressursene</b></p> <p>I svært liten grad, i nokså liten grad, både og, i nokså stor grad, i svært stor grad</p>                                   |
|                  | <p><b>13n</b> Ut fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer, som følge av reformen, på følgende områder for ditt helseforetaks vedkommende?</p> <p><b>Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon</b></p> <p>I svært liten grad, i nokså liten grad, både og, i nokså stor grad, i svært stor grad</p> |
|                  | <p><b>13q</b> Ut fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer, som følge av reformen, på følgende områder for ditt helseforetaks vedkommende?</p> <p><b>Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse</b></p> <p>I svært liten grad, i nokså liten grad, både og, i nokså stor grad, i svært stor grad</p>                             |

For å måle økonomistyring benyttes fire indikatorer, slik tabell 5.1 viser. Indikatorene spør styremedlemmene i hvilken grad det har skjedd forbedringer i deres helseforetak etter helseforetaksreformen: 13b mer effektiv økonomistyring, 13g bedre utnytting av personellressursene, 13n mer ressurser til tjenesteyting og 13q mer profesjonell og resultatfokusert ledelse. Indikatorene vurderes som relevante. Dette fordi de belyser sentrale sider

<sup>16</sup> Indikatorenes variabelnummer fra spørreskjemaet i appendiks samsvarer ikke med variabelnumrene i datasettet. Variablene 13b, g, n og q tilsvarer variabelnummer 14b, g, n og q i datasettet.

ved økonomistyring som styret ut fra de formelle rammebetingelsene er lovpålagt å utøve innflytelse over. Det presiseres likevel at indikatorene ikke gir et fulldekkende bilde av styrets økonomistyring i lokale helseforetak.

Indikatorenes svaralternativer fordeler seg på en femdelt skala fra ”I svært liten grad” til ”I svært stor grad”. Midtkategorien er ”Både og”. Antakelsen er at styremedlemmene som svarer ”I nokså stor grad” og ”I svært stor grad” på indikatorene, har en positiv oppfatning av økonomistyring. Styremedlemmene som derimot svarer ”I svært liten grad”, ”I nokså liten grad” og ”Både og” på indikatorene, har en mindre positiv oppfatning av økonomistyring i deres helseforetak.

### **13b Mer effektiv økonomistyring**

Indikator 13b måler i hvilken grad styremedlemmene opplever at det har blitt en mer effektiv økonomistyring i deres helseforetak etter reformen. Indikatoren er et generelt og direkte mål på økonomistyring. Dette fordi den spør direkte om det har blitt en mer effektiv økonomistyring uten å spesifisere innholdet i begrepet. Det er opp til styremedlemmene hva de legger i begrepet. Betyr det eksempelvis at styret har bidratt til en bedre kostnadseffektivitet eller budsjett disiplin i helseforetaket? Indikator 13b vurderes som et relevant mål på økonomistyring i lokale helseforetak.

### **13g Bedre utnytting av personellressursene**

Indikator 13g måler i hvilken grad styremedlemmene oppfatter at det har blitt bedre utnytting av personellressursene i deres helseforetak etter reformen. Personellressurser er en av de viktigste ressursene i helseforetaket. Samtidig utgjør lønn og andre personellkostnader en stor del av helseforetakets budsjett og regnskap. Derfor kan bedre utnytting av personellressursene være en viktig del av styrets økonomistyring. Det er imidlertid subjektivt hva styremedlemmene forstår som bedre utnytting av personellressursene. De kan for eksempel se bedre utnytting av personell i sammenheng med andre endringer i helseforetaket, som endringer i arbeids- og funksjonsfordelingen. Likevel er indikator 13g en relevant og viktig indikator for økonomistyring i lokale helseforetak.

### **13n Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon**

Indikator 13n måler i hvilken grad styremedlemmene vurderer at det har blitt mer ressurser til tjenesteyting, og mindre til byråkrati og administrasjon i deres helseforetak etter reformen. Tjenesteyting er en av de viktigste kjerneoppgavene i helseforetaket. Til sammenligning er byråkrati og administrasjon mer en deloppgave som tilrettelegger for og muliggjør tjenesteyting. Det å disponere mest mulig ressurser til tjenesteyting og minst mulig til byråkrati og administrasjon, kan være sentralt for styrets økonomistyring. Det er imidlertid subjektivt i hvilken grad styremedlemmene mener at det har skjedd etter reformen. Likevel ansees indikator 13n som et viktig mål på økonomistyring i lokale helseforetak. Det å ha tyngdepunktet av ressurser rettet mot kjernevirksomheten kan være svært viktig for styrets økonomistyring.

### **13q Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse**

Indikator 13q måler i hvilken grad styremedlemmene mener at det har blitt en mer profesjonell og resultatfokusert ledelse i deres helseforetak etter helseforetaksreformen. Et av målene med reformen var å frembringe en profesjonell og resultatfokusert ledelse som innenfor sitt handlingsrom skulle innfri føringer og krav fra statlig, regionalt og lokalt nivå. Ut fra de formelle rammebetingelsene er det styret som ansetter og eventuelt avskjediger administrerende direktør. Slik sett plikter styret å ansette en profesjonell og resultatfokusert direktør, og føre kontroll med direktørens resultatoppnåelse. Det er imidlertid subjektivt i hvilken grad styremedlemmene oppfatter at det har blitt en mer profesjonell og resultatfokusert ledelse i deres helseforetak. Indikator 13q vurderes likevel som et relevant mål på økonomistyring i lokale helseforetak.

## Statistisk vurdering av indikatorene for økonomistyring

*Tabell 5.2 Beskrivende statistikk for indikatorene for økonomistyring*

| Indikator             | N   | Min | Max | Gj. Snitt | Std.avvik | Skjevhet<br>(SE) | Kurtose<br>(SE) |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----------|-----------|------------------|-----------------|
| 13b                   | 132 | 1   | 5   | 3.90      | 0.91      | -1.08<br>(0.21)  | 1.61<br>(0.42)  |
| 13g                   | 126 | 1   | 5   | 3.36      | 0.95      | -0.62<br>(0.22)  | 0.14<br>(0.43)  |
| 13n                   | 130 | 1   | 5   | 2.68      | 1.12      | -0.10<br>(0.21)  | -1.04<br>(0.42) |
| 13q                   | 133 | 1   | 5   | 3.61      | 1.09      | -0.87<br>(0.21)  | 0.22<br>(0.42)  |
| Valid N<br>(listwise) | 124 |     |     |           |           |                  |                 |

Beskrivende statistikk for indikatorene for økonomistyring i lokale helseforetak er illustrert i tabell 5.2. Valid N (listwise) viser at 124 respondenter har gyldig verdi på samtlige indikatorer. For å øke antall enheter ytterligere, tillates enheter med missing verdi på inntil 40 prosent av indikatorene. Min og Max viser at alle fire indikatorene går fra 1 til 5. Gjennomsnittsverdiene varierer mellom 2.68 og 3.90. Standardavvikene på omkring 1 viser at det forekommer en naturlig spredning. Alle indikatorene har en skjevhet som varierer mellom -1 og 1, unntatt 13b. Indikator 13b har en skjevhet på -1.08. Dette er et lite avvik som er uproblematisk for den videre analysen. Kurtose varierer mellom 1 og -1 for 13g og q. For 13b og n er kurtose 1.61 og -1.04. Disse avviker lite til moderat fra normalfordelingen, noe som er uproblematisk for analysen. Samlet sett gir den beskrivende statistikken ingen klare indikasjoner på at faktoranalyse og konstruering av indeks er uegnet.

### Faktoranalyse for økonomistyring

Faktoranalysen for økonomistyring prespesifiserer eigenvalues over 1 i stedet for antall faktorer. Dette fordi det forventes at kun én faktor representerer økonomistyring.

Faktoranalysen viser at KMO er 0.79 og Barlett's signifikanstest er  $p < 0.001$ , noe som er tilfredsstillende. De fleste avvikene mellom målte og reproduserte korrelasjoner varierer mellom

-0.05 og 0.05. Avviket for 13b og q ligger på 0.06, men overskrider ikke grensen fra -0.10 til 0.10. Derfor vurderes faktormodellen som tilfredsstillende.

**Tabell 5.3 Faktoranalyse med definert eigenvalues over 1**

| Faktor | Initial Eigenvalues |           |        | Extraction Sums of Squared Loadings |           |        |
|--------|---------------------|-----------|--------|-------------------------------------|-----------|--------|
|        | Total               | % varians | Kum. % | Total                               | % varians | Kum. % |
| 1      | 2.69                | 67.38     | 67.38  | 2.27                                | 56.88     | 56.88  |
| 2      | 0.59                | 14.64     | 82.02  |                                     |           |        |
| 3      | 0.39                | 9.78      | 91.80  |                                     |           |        |
| 4      | 0.33                | 8.20      | 100.00 |                                     |           |        |

Tabell 5.3 viser at faktoranalysen som spesifiserer faktorer med eigenvalues over 1, gir én faktor. Faktor 1 predikerer vel 67 % av indikatorsettets varians.

**Tabell 5.4 Faktormatrise for økonomistyring<sup>17</sup>**

| Indikator | Faktor 1 |
|-----------|----------|
| 13b       | 0.67     |
| 13g       | 0.71     |
| 13n       | 0.84     |
| 13q       | 0.78     |

Faktormatrisen i tabell 5.4 viser at samtlige indikatorer lader tilfredsstillende høyt. Indikator 13b lader moderat til høyt, 13g og q lader begge høyt og 13n lader høyt til svært høyt.

### **Reliabilitetsanalyse, Cronbachs alfa for økonomistyring**

Reliabilitetsanalysen viser at både ustandardisert og standardisert Cronbachs alfa er 0.84. Verdien, som er mye nærmere 1 enn 0, uttrykker svært høy indre konsistens for indikatorsettet for økonomistyring. Indikator 13b ”Mer effektiv økonomistyring” har sammenlignet med de øvrige indikatorene den laveste  $R^2$  på 0.40. Dette tillegges liten vekt når Cronbachs alfa reduseres til 0.82 dersom 13b utelates. I tillegg er Pearsons r 0.61 mellom 13b og en sumskåre basert på de

<sup>17</sup> Grunnen til at faktormatrisen ikke er rotert, er antakelsen om at økonomistyring kun er representert av én faktor. Rotasjon kan kun foretas når det foreligger flere faktorer, noe det ikke gjør i dette tilfellet.



øvrige indikatorene. Korrelasjonen er moderat, og indikerer at indikatoren ikke er avvikende i forhold til indikatorsettet.

### **Konstruering av additiv indeks for økonomistyring**

På bakgrunn av den forutgående substansielle vurderingen av indikatorene og faktoranalysen, konstrueres én uveid additiv indeks for økonomistyring. Konstruering av indeks og håndtering av enheter med missing verdi skjer på samme måte som beskrevet i kapittel fire om styrets roller. Indeksen for økonomistyring måler i hvilken grad styremedlemmene oppfatter at det har skjedd forbedringer innenfor sentrale deler av økonomistyringen i lokale helseforetak etter helseforetaksreformen.

### **5.3 PRESENTASJON AV REGRESJONSRESULTATENE**

I regresjonsmodellen inngår indeksen for økonomistyring i lokale helseforetak som avhengig variabel (Y). Indeksene for fjernstyringsaspektet (X1), nærstyringsaspektet (X2), formalorganrollen (X3), selvstendighetsaspektet (X4) og interesseaspektet (X5) inngår som uavhengige variabler. Regresjonsresultatene er presentert i tabell 5.5 og 5.6. Presentasjonen etterfølges av en utfyllende drøfting av resultatene med utgangspunkt i hypotesene fremsatt i teorikapittelet. Drøftingen skjer med grunnlag i modell 5 i tabell 5.5 og 5.6 der resultatene er kontrollert for de øvrige variablene.

*Tabell 5.5 Estimerte ustandardiserte og standardiserte koeffisienter fra sekvensiell, lineær regresjonsanalyse (OLS) med økonomistyring som avhengig variabel (Y) samt fjernstyringsaspektet (X1), nærstyringsaspektet (X2), formalorganrollen (X3), selvstendighetsaspektet (X4) og interesseaspektet (X5) som uavhengige variabler*

| Økonomi-<br>styring som<br>avhengig<br>variabel | Modell 1<br>B<br>(SE)<br>Beta | Modell 2<br>B<br>(SE)<br>Beta  | Modell 3<br>B<br>(SE)<br>Beta  | Modell 4<br>B<br>(SE)<br>Beta  | Modell 5<br>B<br>(SE)<br>Beta  |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Konstant <sup>18</sup>                          | 2.882***<br>(0.316)           | 4.550***<br>(0.392)            | 2.750***<br>(0.780)            | 2.557***<br>(0.859)            | 2.214***<br>(0.827)            |
| Fjernstyrings-<br>aspektet                      | 0.136*<br>(0.081)<br>0.154    | 0.096<br>(0.072)<br>0.109      | 0.128*<br>(0.071)<br>0.146     | 0.130*<br>(0.071)<br>0.148     | 0.053<br>(0.072)<br>0.060      |
| Nærstyrings-<br>aspektet                        |                               | -0.483***<br>(0.080)<br>-0.488 | -0.379***<br>(0.088)<br>-0.383 | -0.364***<br>(0.092)<br>-0.368 | -0.306***<br>(0.090)<br>-0.310 |
| Formalorgan-<br>rollen                          |                               |                                | 0.324***<br>(0.122)<br>0.235   | 0.311**<br>(0.125)<br>0.225    | 0.226*<br>(0.122)<br>0.164     |
| Selvstendighets-<br>aspektet                    |                               |                                |                                | 0.053<br>(0.098)<br>0.048      | 0.000<br>(0.095)<br>0.000      |
| Interesse-<br>aspektet                          |                               |                                |                                |                                | 0.394***<br>(0.117)<br>0.298   |
| R <sup>2</sup>                                  | 0.024                         | 0.260                          | 0.303                          | 0.305                          | 0.370                          |
| Justert R <sup>2</sup>                          | 0.015                         | 0.247                          | 0.285                          | 0.280                          | 0.342                          |
| N   | 116                           | 116                            | 116                            | 116                            | 116                            |

\*:  $p \leq 0.10$ , \*\*:  $p \leq 0.05$ , \*\*\*:  $p \leq 0.01$

<sup>18</sup> Konstantleddet tolkes som forventet verdi på avhengig variabel når de uavhengige variablene er lik 0. De uavhengige variablene har verdier som går fra 1 til 5, og verdi 0 faller utenfor dette verdiområdet. Derfor er det vanskelig å tolke konstantleddet substansielt (Christophersen 2006:157).

**Tabell 5.6 95 % konfidensintervall for ustandardiserte koeffisienter i modell 5**

| Økonomistyring som<br>avhengig variabel | 95 % Konfidensintervall |              |
|---|-------------------------|--------------|
|   | Øvre grense             | Nedre grense |
| Konstant                                | 0.574                   | 3.854        |
| Fjernstyringsaspektet                   | -0.090                  | 0.195        |
| Nærstyringsaspektet                     | -0.484                  | -0.129       |
| Formalorganrollen                       | -0.016                  | 0.469        |
| Selvstendighetsaspektet                 | -0.188                  | 0.188        |
| Interesseaspektet                       | 0.162                   | 0.625        |

## **5.4 DRØFTING AV REGRESJONSRESULTATENE FOR STYRINGS- OG KONTROLLROLLEN**

Følgende hypotese ble fremsatt for styrings- og kontrollrollen:

*H1: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptre i styrings- og kontrollrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.*

For å undersøke hvorvidt regresjonsresultatene støtter hypotesen, fortolkes og drøftes resultatene for fjernstyrings- og nærstyringsaspektet hver for seg med utgangspunkt i modell 5. Deretter sammenstilles resultatene.

### **Fjernstyringsaspektet og økonomistyring**

Fjernstyringsaspektet er den første uavhengige variabelen som inngår i regresjonsmodellen. Regresjonskoeffisienten for fjernstyringsaspektet er positiv i modell 5. Substansielt indikerer det at styremedlemmene som oppfatter at styret opptre innenfor fjernstyringsaspektet, har en positiv oppfatning av økonomistyring i deres foretak. En mulig fortolkning kan være følgende resonnement. Fjernstyringsaspektet består av indikatorer som måler hvilken innflytelse politisk ledelse og eieravdelingen i Helsedepartementet samt daværende Sosial- og helsedirektoratet har over beslutninger i helseforetaket. Disse instansene kan øve innflytelse gjennom statens eier-, bestiller- og myndighetsrolle. Instansene kan endre de formelle rammebetingelsene eller på andre måter tilrettelegge forholdene for økonomistyring i lokale helseforetak. Instansenes innflytelse må sees i sammenheng med at den politiske ledelsen i departementet sitter med det øverste

politiske og økonomiske ansvaret for helseforetakene. I tillegg følger den politiske ledelsen hovedsakelig en politisk handlingslogikk. Handlingslogikken kan kreve at statsråden enkelte ganger griper direkte inn på lokalt foretaksnivå og forbedrer forholdene for økonomistyring. Det at instansene på ulike vis kan forbedre forholdene for økonomistyring er en mulig fortolkning for hvorfor styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor fjernstyringsaspektet, har en positiv oppfatning av økonomistyring i deres helseforetak. Imidlertid er ikke regresjonskoeffisienten signifikant i modell 5. Det betyr at regresjonsresultatet for fjernstyringsaspektet ikke gir støtte til hypotesen om at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i styrings- og kontrollrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.

### **Nærstyringsaspektet og økonomistyring**

Nærstyringsaspektet er den andre uavhengige variabelen som inngår i regresjonsmodellen. Regresjonskoeffisienten for nærstyringsaspektet er negativ i modell 5. Dette er den eneste negative koeffisienten i modell 5. Substansielt indikerer det at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor nærstyringsaspektet, har en mindre positiv oppfatning av økonomistyring i deres helseforetak. En mulig fortolkning kan være følgende resonnement. Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor nærstyringsaspektet, har i de fire første indikatorene svart at styret har liten handlefrihet i disponering av tildelt budsjett, arbeids- og funksjonsfordeling, planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud og påvirkning av kvaliteten på helsetjenestene. Liten handlefrihet kan indikere at sterke føringer fra både det regionale helseforetaket og styret i lokale helseforetak vanskeliggjør økonomistyring i lokale helseforetak. Det regionale helseforetaket kan for eksempel legge føringer for de lokale helseforetakenes budsjett. Føringer fra det regionale helseforetaksnivået må sees i sammenheng med at nivået har det statlig delegerte ”sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen”- ansvaret, og ansvaret for å opprette og eie lokale helseforetak. Styret i lokale helseforetak kan også legge føringer på seg selv i form selvbindinger. Styremedlemmene kan oppfatte selvbindinger på eksempelvis budsjettet som et uttrykk for handlefrihet eller som et uttrykk for redusert handlefrihet. Liten handlefrihet og sterke føringer er en mulig fortolkning for hvorfor styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor nærstyringsaspektet, har en mindre positiv oppfatning av økonomistyring i lokale helseforetak.

Den siste indikatoren i nærstyringsaspektet bidrar imidlertid til å gjøre den overstående fortolkningen mer klar. I den siste indikatoren har styremedlemmene svart at styret har prioritert økonomistyring fremfor helsetjenester. Isolert sett bidrar denne indikatoren til at det er rimelig å forvente at styremedlemmene har en positiv oppfatning av økonomistyring, og ikke en mindre positiv oppfatning. Samtidig kan et overfokus på økonomistyring føre til en mindre positiv oppfatning av økonomistyring. Samlet sett tyder indikatorene i nærstyringsaspektet på at liten handlefrihet for styret, sterke føringer samt et mulig overfokus på økonomistyring, har en mindre positiv innvirkning på styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Regresjonskoeffisienten for nærstyringsaspektet er signifikant på 1 prosent nivå. Det viser at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor nærstyringsaspektet, har en mindre positiv oppfatning av økonomistyring. Resultatet er interessant sett i lys av den negative, økonomiske utviklingen i helseforetakene beskrevet i kapittel én. Regresjonsresultatet gir imidlertid ikke støtte til hypotesen om at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i styrings- og kontrollrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.

### **Styrings- og kontrollrollen og økonomistyring**

Verken regresjonsresultatene for fjernstyrings- eller nærstyringsaspektet gir støtte til hypotesen vedrørende styrings- og kontrollrollen. Regresjonskoeffisienten for fjernstyringsaspektet er positiv, men ikke signifikant. Nærstyringsaspektets regresjonskoeffisient er negativ og signifikant. Konfidensintervallene for de to aspektene i tabell 5.6 er ikke overlappende. Det indikerer at regresjonsresultatene for de to aspektene er signifikant forskjellige.

*- H1 støttes ikke.*

## 5.5 DRØFTING AV REGRESJONSRESULTATET FOR FORMALORGANROLLEN

Følgende hypotese ble fremsatt for formalorganrollen:

*H2: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i formalorganrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.*

Formalorganrollen er den tredje uavhengige variabelen i regresjonsmodellen. Regresjonskoeffisienten er positiv i modell 5. Substansielt indikerer det at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i formalorganrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring i deres foretak. En mulig fortolkning kan være følgende resonnement. Formalorganrollen består av indikatorer som måler enighet mellom styret og ledelse, samt hvor stor innflytelse styret og ledelsen enkeltvis har over beslutninger i helseforetaket. Enighet og innflytelse over beslutningene er viktig for at forholdet mellom styret og ledelsen skal generere samarbeid og gjensidig nytte. Samarbeid og gjensidig nytte kan være sentrale betingelser for å oppnå mer effektiv økonomistyring, bedre utnytting av personellressursene, mer ressurser til helsetjenester samt en mer profesjonell og resultatfokusert ledelse. Dette fordi et godt samarbeidsklima fører til at styret og ledelsen kan rette oppmerksomheten mot økonomistyring, i stedet for å bruke tid og krefter på å oppnå felles forståelse og samarbeid. Det kan tyde på at et godt forhold mellom styret og ledelsen, har en positiv innvirkning på styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Regresjonskoeffisienten for formalorganrollen er signifikant på 10 prosent nivå. Regresjonsresultatet gir støtte til hypotesen om at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i formalorganrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.

*- H2 støttes.*

## **5.6 DRØFTING AV REGRESJONSRESULTATENE FOR INTERESSEHEVDINGSROLLEN**

Følgende konkurrerende hypoteser ble fremsatt for interessehevdingsrollen:

*H3: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i interessehevdingsrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.*

*H4: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i interessehevdingsrollen, har en mindre positiv oppfatning av økonomistyring.*

For å undersøke hvorvidt regresjonsresultatene støtter hypotesene, fortolkes og drøftes resultatene for selvstendighets- og interesseaspektet hver for seg med utgangspunkt i modell 5. Deretter sammenstilles resultatene.

### **Selvstendighetsaspektet og økonomistyring**

Selvstendighetsaspektet inngår som den fjerde uavhengige variabelen i regresjonsmodellen. Regresjonskoeffisienten for selvstendighetsaspektet er null i modell 5. Substansielt indikerer det at det ikke er noen sammenheng mellom styremedlemmenes oppfatning av selvstendighetsaspektet og økonomistyring. Selvstendighetsaspektet består av indikatorer som måler hvorvidt styret er kompetent, er et ekspertorgan og er et effektivt beslutningsorgan. Disse egenskapene kan gi styret en egentyngde, gjennomslagskraft og selvstendighet i beslutningssammenheng generelt og økonomistyring spesielt. Slik sett er det rimelig å forvente at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor selvstendighetsaspektet, har en positiv oppfatning av økonomistyring. Det at regresjonskoeffisienten for selvstendighetsaspektet er null og ikke signifikant, gir imidlertid verken støtte til den første eller andre hypotesen vedrørende interessehevdingsrollen.

### **Interesseaspektet og økonomistyring**

Interesseaspektet er den femte og siste uavhengige variabelen i regresjonsmodellen. Regresjonskoeffisienten for interesseaspektet er positiv i modell 5. Substansielt indikerer det at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor interesseaspektet, har en positiv

oppfatning av økonomistyring i deres foretak. En mulig fortolkning kan være følgende resonnement. Interesseaspektet består av indikatorer som måler hvilken innflytelse ulike interessenter har over beslutninger i helseforetaket. Gjennom interessehevding og andre samarbeidsfora kan interessenter fremme sitt syn, kompetanse og erfaringer overfor styret i forkant av styrevedtak. Dette bidrar til at styret fatter beslutninger på et bredere grunnlag, noe som kan gi beslutningene økt legitimitet og støtte. Det kan gjøre det enklere for styret å gjennomføre vedtak som fører til mer effektiv økonomistyring, bedre disponering av ressursene samt en mer profesjonell og resultatfokusert ledelse i helseforetaket, men som samtidig rammer enkelte interessenter. Det kan tyde på at et godt forhold mellom styret og interessenter, har en positiv innvirkning på styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Regresjonskoeffisienten er signifikant på 1 prosent nivå. Det gir støtte til den første av de to konkurrerende hypotesene om at styremedlemmene som oppfatter at styret opptre i interessehevdingsrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.

### **Interessehevdingsrollen og økonomistyring**

Regresjonsresultatene for selvstendighets- og interesseaspektet gir kun delvis støtte til den første konkurrerende hypotesen vedrørende interessehevdingsrollen. Regresjonskoeffisienten for selvstendighetsaspektet er null og ikke signifikant. Regresjonskoeffisienten for interesseaspektet er positiv og signifikant. Konfidensintervallene for de to aspektene i tabell 5.6 er overlappende. Det indikerer at regresjonsresultatene for de to aspektene ikke er signifikant forskjellige.

- *H3 støttes delvis.*
- *H4 støttes ikke.*

## **5.7 FORKLART VARIANS OG FORKLARINGSVARIABLER**

Regresjonsresultatene viser at tre av de fem uavhengige variablene har signifikante resultater i modell 5. De uavhengige variablene svarer for vel 34 prosent av den statistiske forklarte variansen i regresjonsmodellen (Justert  $R^2$ ). Det er høyt for individdata, og viser at modellen har stor forklaringskraft.



Nærstyringsaspektet svarer alene for vel 23 prosent av den forklarte variansen. Aspektet har også den største standardiserte Beta koeffisienten i modell 5 på -0.310. Det viser at nærstyringsaspektet er den viktigste forklaringsvariabelen i regresjonsmodellen. Formalorganrollen svarer for 4 prosent av den forklarte variansen. Rollens standardiserte Beta koeffisient i modell 5 er 0.164. Sammenlignet med nærstyringsaspektet og interesseaspektet, er formalorganrollen den tredje viktigste forklaringsvariabelen når det gjelder styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Interesseaspektet svarer for vel 6 prosent av den forklarte variansen. Den standardiserte Beta koeffisienten for interesseaspektet i modell 5 er 0.298. Det indikerer at aspektet er den nest viktigste forklaringsvariabelen i regresjonsmodellen etter nærstyringsaspektet.

## 5.8 OPPSUMMERING: SAMMENHENG MELLOM STYRETS ROLLER OG ØKONOMISTYRING?

Dette kapittelet har operasjonalisert avhengig variabel, og deretter undersøkt andre del av problemstillingen. Faktoranalyse og konstruering av indeks er benyttet for å operasjonalisere avhengig variabel, økonomistyring. En sekvensiell, multippel og lineær regresjonsanalyse er anvendt for å undersøke hvorvidt det er sammenheng mellom styremedlemmenes oppfatninger av styrets roller og økonomistyring. I analysen inngår økonomistyring som avhengig variabel og styrets roller som uavhengige variabler.

**Tabell 5.7 Oppsummering av analyseresultater**

| Hypoteser   | Resultater             |
|---|------------------------|
| <i>H1: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i styrings- og kontrollrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.</i>    | <i>Støttes ikke.</i>   |
| <i>H2: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i formalorganrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.</i>              | <i>Støttes.</i>        |
| <i>H3: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i interessehevdingsrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring.</i>        | <i>Støttes delvis.</i> |
| <i>H4: Styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i interessehevdingsrollen, har en mindre positiv oppfatning av økonomistyring.</i> | <i>Støttes ikke.</i>   |

Tabell 5.7 oppsummerer resultatene fra regresjonsanalysen. Resultatene viser at to av de fire hypotesene får støtte eller delvis støtte. Verken fjernstyringsaspektet eller nærstyringsaspektet gir

støtte til hypotesen vedrørende styrings- og kontrollrollen. Dermed gir ikke regresjonsresultatene et empirisk grunnlag for å si at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i styrings- og kontrollrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring. Nærstyringsaspektets negative og signifikante regresjonsresultat er interessant selv om det ikke er i tråd med hypotesens forventning. Resultatet viser at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor nærstyringsaspektet, har en mindre positiv oppfatning av økonomistyring. Det tyder på at liten handlefrihet for styret, sterke føringer fra det regionale helseforetaket og styret selv samt et mulig overfokus på økonomistyring, har en mindre positiv innvirkning på styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Denne implikasjonen er interessant sett i lys av at nærstyringsaspektet svarer for størsteparten av forklart varians, og er den viktigste forklaringsvariabelen når det gjelder styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Nærstyringsaspektets resultat er også interessant sett i lys av den negative, økonomiske utviklingen i helseforetakene beskrevet i kapittel én.

Regresjonsresultatene for formalorganrollen gir støtte til hypotesen. Resultatene gir et empirisk grunnlag for å si at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i formalorganrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring. Det tyder på at et godt samarbeidsforhold mellom styret og ledelsen i de lokale helseforetakene, har en positiv innvirkning på styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring.

Resultatene for interessehevdingsrollen gir delvis støtte til den første av de to hypotesene. Interesseaspektets positive og signifikante resultat gir et empirisk grunnlag for å si at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i interessehevdingsrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring. Resultatet tyder på at et godt forhold mellom styret og interessenter, har en positiv innvirkning på styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Verken selvstendighetsaspektet eller interessehevdingsaspektet gir støtte til den andre hypotesen.

Samlet sett viser regresjonsresultatene at det er signifikant sammenheng mellom styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer innenfor nærstyringsaspektet, formalorganrollen eller interesseaspektet, og oppfatning av økonomistyring. Svaret på andre del

av problemstillingen er derfor at det er delvis sammenheng mellom styremedlemmenes oppfatninger av styrets roller og økonomistyring i lokale helseforetak.

## KAPITTEL 6: AVSLUTNING

### 6.1 HOVEDFUNN OG SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGEN

I denne oppgaven er styremedlemmenes oppfatninger av styrets roller og økonomistyring i de lokale helseforetakene undersøkt. Første del av oppgavens todelte problemstilling er: ***Hvordan oppfatter styremedlemmene i de lokale helseforetakene styrets rolle(r)?*** Utgangspunktet for å besvare denne delen er de teoretiske styrerollene utledet i teorikapittelet, samt de formelle rammebetingelsene for helseforetaksmodellen og styret beskrevet i kapittel én. Faktoranalysene i kapittel fire gir støtte for at styremedlemmene opplever at styret opptrer i en styrings- og kontrollrolle, formalorganrolle og interessehevdingsrolle. Videre gir faktoranalysene støtte for at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer innenfor fjernstyringsaspektet og nærstyringsaspektet ved styrings- og kontrollrollen, samt innenfor selvstendighetsaspektet og interesseaspektet ved interessehevdingsrollen. Den bivariate korrelasjonsmatrisen avslutningsvis i kapittel fire, indikerer at det er en svak til moderat signifikant sammenheng mellom de fleste aspektene. Et flertall av de signifikante korrelasjonene er positive. Det indikerer at styremedlemmene oppfatter at styret opptrer i styreroller som er delvis overlappende. Nærstyringsaspektet skiller seg imidlertid ut med negative og signifikante korrelasjoner. Det indikerer at styremedlemmene oppfatter at styret står til dels i et motsetningsforhold til de andre rollene når det opptrer i nærstyringsaspektet. Samlet sett er svaret på første del av problemstillingen: ***Styremedlemmene oppfatter at styret opptrer i en styrings- og kontroll-, formalorgan- og interessehevdingsrolle, og at det er sammenheng mellom rollene.***

Andre del av oppgavens todelte problemstilling er: ***Hvorvidt er det sammenheng mellom styremedlemmenes oppfatninger av styrets rolle(r) og økonomistyring?*** Denne delen av problemstillingen er besvart gjennom en sekvensiell, multippel og lineær regresjonsanalyse i kapittel fem. I analysen inngår økonomistyring som avhengig variabel og styrets roller som uavhengige variabler. Regresjonsresultatene gir støtte eller delvis støtte til to av de fire hypotesene fremsatt i teorikapittelet. I tråd med hypotesenes forventninger gir resultatene grunnlag for å si at styremedlemmene som oppfatter at styret opptrer i formalrollen eller innenfor interesseaspektet ved interessehevdingsrollen, har en positiv oppfatning av økonomistyring. Det

tyder på at et godt forhold mellom styret på den ene siden og ledelsen samt interessenter på den andre siden, har en positiv innvirkning på styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Nærstyringsaspektets negative og signifikante regresjonsresultat derimot, er ikke i tråd med hypotesens forventning. Det tyder på at liten handlefrihet for styret, sterke føringer fra det regionale helseforetaket og styret selv samt et mulig overfokus på økonomistyring, har en mindre positiv innvirkning på styremedlemmenes oppfatning av økonomistyring. Nærstyringsaspektets resultat er interessant sett i lys av den negative, økonomiske utviklingen i helseforetakene beskrevet i kapittel én. Samlet sett viser regresjonsresultatene at det er signifikant sammenheng mellom styremedlemmene som oppfatter at styret opptre innenfor nærstyringsaspektet, formalorganrollen eller interesseaspektet, og oppfatning av økonomistyring. Svaret på andre del av problemstillingen er derfor: ***Det er delvis sammenheng mellom styremedlemmenes oppfatninger av styrets roller og økonomistyring i lokale helseforetak.***

## **6.2 VEIEN VIDERE**

Svaret på problemstillingen gir økt empirisk innsikt i hvordan styremedlemmene i de lokale helseforetakene oppfatter styrets roller og økonomistyring. Med utgangspunkt i svaret på problemstillingen, presenteres avslutningsvis to forslag til videre forskning.

For det første kan det være interessant å replisere oppgavens analyser med data av nyere dato. Det er interessant fordi styremedlemmene vanligvis skiftes ut etter to år. Nye styremedlemmer kan bety endringer i oppfatninger av styrets roller og økonomistyring. I tillegg er det interessant fordi kravet om at styremedlemmene ikke kan ha en partipolitisk bakgrunn ble opphevet etter regjeringsskiftet i 2005. Det kan også bety endringer i oppfatninger av styrets roller og økonomistyring. Videre har flere organisasjonsmessige endringer i helseforetaksmodellen funnet sted etter 2004. Blant annet har flere lokale og regionale helseforetak blitt slått sammen, og flere sammenslåinger er planlagt (Hafstad 2008b). De organisasjonsmessige endringene har ført til et færre antall styrever, og muligens endringer i styremedlemmenes oppfatninger.

For det andre kan det være fruktbart å anvende de signifikante regresjonsresultatene som et utgangspunkt for videre forskning. Nærstyringsaspektets resultat er spesielt interessant fordi det ikke er i tråd med hypotesens forventning, og fordi nærstyringsaspektet er den viktigste

forklaringsvariabelen i regresjonsmodellen. Resultatet er også interessant sett i lys av at 90 prosent av styremedlemmer og administrerende direktører i lokale helseforetak i 2004 svarte at de regionale helseforetakene har svært eller nokså stor innflytelse over beslutningene i de lokale helseforetakene. I 2003 var tilsvarende andel hele 96 prosent (Opedal og Rommetvedt 2006:81). Derfor kan nærstyringsaspektets resultat være et fruktbart utgangspunkt for videre forskning knyttet til styrings- og ansvarslinjene mellom regionalt og lokalt helseforetaksnivå. Debatten rundt de regionale helseforetakenes funksjon og oppgaver de siste årene aktualiserer en slik forskningsinnsats (Engh 2008; Gjerde 2008).

## LITTERATURLISTE

Aale, Per Kristian (2007). "Ingen bønn for sykehusene". *Aftenposten*. 28. januar 2007.

Berle, Adolf A. og Gardiner C. Means (1948). *The Modern Corporation and Private Property*. New York: The Macmillan Company.

Boston, Jonathan, John Martin, June Pallot og Pat Walsh (1996). *Public Management: The New Zealand Model*. Auckland: Oxford University Press New Zealand.

Brunsson, Nils (2000). *The Irrational Organization. Irrationality as a Basis for Organizational Action and Change*. Bergen: Fagbokforlaget.

Christensen, Tom og Per Lægreid (2004). "New Public Management i norsk statsforvaltning", kapittel 2 i Bent Sofus Tranøy og Øyvind Østerud (red.): *Den fragmenterte staten. Reformer, makt og styring. Makt- og Demokratiutredningen 1998-2003*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Christensen, Tom, Per Lægreid og Inger Marie Stigen (2004). *Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform*. Stein Rokkan Centre for Social Studies: Unifob AS. Working Paper 17 – 2004.

Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik (2006). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christophersen, Knut-Andreas (2006). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS*. Oslo: Unipub.

Engh, Christine (2008). "Klar for omkamp om sykehusene". *Aftenposten*. 19. august 2008.

FOR 2002-11-15 nr. 1287: *Forskrift til Helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i regionale helseforetaks og helseforetaks styrer*. Lokalisert 5. januar 2009 på URL:

<<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021115-1287.html>>.

George, Alexander L. og Andrew Bennett (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Gerring, John (2004). "What Is a Case Study and What Is It Good for?", *American Political Science Review. Quarterly Journal of the American Political Science Association* 98 (2): 341-354.

Gerring, John (2007). *Case Study Research. Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gjerde, Robert (2008). "Høyre om i helsepolitikken". *Aftenposten*. 21. september 2008.

Grønlie, Tore og Per Selle (1998). "Fortsatt én stat?", kapittel 1 i Tore Grønlie og Per Selle (red.): *Ein stat? Fristillingas fire ansikt*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Hafstad, Anne (2008a). "Ny milliardsmell for sykehusene". *Aftenposten*. 5. september 2008.

Hafstad, Anne (2008b). "Sykehusendringer godt mottatt". *Aftenposten*. 14. november 2008.

Hagen, Terje P. og Trond Tjerbo (2005). ""Harde" og "myke" budsjettsskranker og de regionale helseforetakenes effektivitets- og aktivitetsutvikling", kapittel 9 i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hansen, Tore (2002a). "Kommunal autonomi – hvor stort er spillerommet?", kapittel 8 i Harald Baldersheim og Lawrence E. Rose (red.): *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.



Hansen, Tore (2002b). "Policyanalyser – har kommunalpolitikken noen konsekvenser?", kapittel 5 i Harald Baldersheim og Lawrence E. Rose (red.): *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet (2009). "Spesialisthelsetenester" *Helsedirektoratet*. Lokalisert 16. januar 2009 på URL:

<[http://www.helsedirektoratet.no/omdirektoratet/verksemdsomrade/spesialisthelsetenester\\_49856](http://www.helsedirektoratet.no/omdirektoratet/verksemdsomrade/spesialisthelsetenester_49856)>.

Helse Midt-Norge (2009a). "Strategi for brukervedvirkning i Helse Midt-Norge" *Helse Midt-Norge*. Lokalisert 4. februar 2009 på URL:

<<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/reg-brukerutvalg/Presentasjoner/Strategi%20for%20brukervedvirkning.pdf>>.

Helse Midt-Norge (2009b). "Adresseliste over foreninger og interesseorganisasjoner i Nord-Trøndelag 2008" *Helse Midt-Norge*. Lokalisert 4. februar 2009 på URL:

<<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/reg-brukerutvalg/Presentasjoner/Adresseliste%20foreninger-interesseorg.%20i%20NT%202008.pdf>>.

Helse Midt-Norge (2009c). "Velkommen til arbeidsområde for Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF" *Helse Midt-Norge*. Lokalisert 4. februar 2009 på URL:

<<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/reg-brukerutvalg/default.aspx>>.

Hood, Christopher (1991). "A Public Management For All Seasons?", *Public Administration* vol. 69 (spring): 3-19.

Holte, Kari Anne og Terje Lie (2004). *Evaluerings av regionalt brukerutvalg i Helse Vest RHF*. Stavanger: Rogalandsforskning. Rapport RF – 2004/231. Lokalisert 4. februar 2009 på URL:

<[http://www.rf.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/80d86f72f58cd8cec1257139006e8267/\\$FILE/Rapport%20RF%202004-231.pdf](http://www.rf.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/80d86f72f58cd8cec1257139006e8267/$FILE/Rapport%20RF%202004-231.pdf)>.

Hovik, Sissel og Terje Lie (2005). ”Sykehusreformen – til organisasjonens eller pasientens beste?”, kapittel ti i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hovik, Sissel og Ståle Opedal (2005). ”Sykehusstruktur i endring: Fra fylkeskommunal desentralisering til statlig sentralisering?”, kapittel 8 i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

LOV 1991-08-30 nr.71: *Lov om statsforetak*.

LOV 1999-07-02 nr. 61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)*.

LOV 2001-06-15 nr. 93: *Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven)*.

Lægreid, Per, Ståle Opedal og Inger Stigen (2006). *Den norske sykehusreformen: Mer sentral politisk styring enn fristilling?* Bergen: Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Særtrykk 6: 19-36.

Mintzberg, Henry (1983). *Power In and Around Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.

Mordal, Tove L. (1989). *Som man spør får man svar. Arbeid med survey-opplegg*. Oslo: Tano.

Nerland, Sølve Mikal (2006). ”Hvorfor ble ikke kostnadskontrollen bedre etter sykehusreformen, og hva kan staten gjøre nå?” *HORN Skriftserie* 4: 1-30. Lokalisert 20. april 2007 på URL: [http://www.duo.uio.no/publ/helse/2006/43271/HORN\\_2006\\_4.pdf](http://www.duo.uio.no/publ/helse/2006/43271/HORN_2006_4.pdf).

Nissen-Meyer, Matias (2000). *Styring gjennom styrer. En studie av sykehusstyrers effekter på den politiske styringen av sykehus*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap. Hovedoppgave.

Nordby, Trond (2004). *I politikens sentrum. Variasjoner i Stortingets makt 1814-2004*. Oslo: Universitetsforlaget.

NOU nr. 2 (2008): *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*.

Nyland, Kari og Katarina Østergren (2008). *Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens holdning til økonomiansvar*. Bergen: Samfunns- og Næringslivsforskning AS. Samfunns- og Næringslivsforskning (SNF) rapport nr. 06/08.

Olsen, Johan P. (1978). "Folkestyre, byråkrati og korporativisme. Skisse av et organisasjonsteoretisk perspektiv", kapittel 1 i Johan P. Olsen (red.): *Politisk organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Opedal, Ståle og Hilmar Rommetvedt (2005). "Foretaksfrihet eller stortingsstyring?", kapittel 4 i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (2005). "Innledning", kapittel 1 i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.): *Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. En prosessevaluering. Sluttrapport*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Samarbeidsrapport 2005 Norsk Institutt for by og regionforskning/ Nordlandsforskning/ Rogalandforskning.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven)*.

Rasch, Bjørn Erik (2000). *Demokrati - ideer og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Regjeringen (2008a). "Statlig finansiering av de regionale helseforetak" *Helse- og omsorgsdepartementet*. Lokalisert 28. april 2008 på URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Sykehus/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel.html?id=227797&cpslanguage=NO>.

Regjeringen (2008b). "Innsatsstyrt finansiering" *Helse- og omsorgsdepartementet*. Lokalisert 28. april 2008 på URL:

<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Subjects/Sykehus/Innsatsstyrt-finansiering.html?id=227811>>.

Reitan, Marit (1990). *Driftsstyrer i helsesektoren: Kontroll og styring eller interessehevdning?* Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap. Hovedoppgave.

Reve, Torger (1993). "Sandpåstrøer eller strategi- og kontrollorgan?", kapittel 1 i Torger Reve og Tore Grønlie (red.): *Styrets rolle*. Oslo: TANO.

Skog, Ole-Jørgen (2005). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Revidert og utvidet utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Steine, Vidar Oma (1993). "Styre i statlige forvaltningsorganer", kapittel 7 i Torger Reve og Tore Grønlie (red.): *Styrets rolle*. Oslo: TANO.

Stigen, Inger Marie (2005a). "Innledning", kapittel 1 i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Stigen, Inger Marie (2005b). "Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse", kapittel 2 i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Stigen, Inger Marie, Nils Finstad, Trude Gjernes og Dag Torjesen (2005). "Regional styring av lokale helseforetak - fri dressur eller samspill?", kapittel 6 i Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

St.prp. nr. 1 HD (2008-2009): *Statsbudsjettet for budsjettåret 2009*. Tilrådning fra Helse- og omsorgsdepartementet av 12. september 2008, godkjent i statsråd samme dag.

St.prp. nr. 1 (2003-2009): *Statsbudsjettene for budsjettårene 2003 til og med 2009*. Tilrådning fra Finansdepartementet, godkjent i statsråd samme dag.

Vabo, Signy Irene (1993). *"Profesjonelle" sykehusstyrer i Oslo - en effektstudie*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap. Hovedoppgave.

Østerud, Øyvind (2002). *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

## APPENDIKS

Appendiksen gjengir oppgavens utvalgte spørsmål hentet fra spørreskjemaet: "Evaluering av statlig eierskap og foretaksmodell. Spørreskjema til styremedlemmer i helseforetakene 2004". Spørreskjemaet er utformet av Norsk Institutt for by- og regionforskning, Nordlandsforskning og Rogalandforskning i forbindelse med en evalueringsrapport av spesialisthelsetjenesten.

### 4. Hvor stor handlefrihet vil du si at styret har på følgende områder?

|  | Liten frihet                          | Nokså liten frihet                    | Både og                               | Nokså stor frihet                     | Svært stor frihet                     | Vet ikke                              |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Disponering av tildelt budsjett                       | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) Personalforvaltning                                   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) Arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) Planlegging av helseforetakets totale tjenestetilbud  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) Påvirke kvaliteten på helsetjenestene                 | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |

### 5. Hvordan vil du beskrive forholdet mellom styret og følgende instanser og grupperinger utenfor styret?

|   | Meget stor uenighet                   | Nokså stor uenighet                   | Både og                               | Nokså stor enighet                    | Meget stor enighet                    | Vet ikke                              |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Mellom styret og:</b>                                |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
| a) Styret i det regionale helseforetaket                | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) Administrativ ledelse i det regionale helseforetaket | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) Administrativ ledelse i helseforetaket               | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) Styrene i andre helseforetak                         | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) Helsedepartementet                                   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| f) Sosial og helsedirektoratet                          | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |

### 6. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om HF-styret?

|  | Helt uenig                            | Nokså uenig                           | Både og                               | Nokså enig                            | Helt enig                             | Vet ikke                              |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Styret har bred aksept i lokalsamfunnet   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) Styret innehar tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) Styret fungerer som et uavhengig ekspertorgan   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) Styret er et effektivt beslutningsorgan   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) Styret har fokusert mer på økonomi enn på helsetjenestene i regionen  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| f) Styret har fokusert mer på administrative rutiner og organisasjonsutvikling enn på helsetjenestene i regionen | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| g) Styret er et kontrollorgan for eier   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| h) Styret er et talerør overfor eier   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |

### 7. Hvilken innflytelse vil du si at de følgende instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket?

|   | Meget liten                           | Nokså liten                           | Middels                               | Nokså stor                            | Svært stor                            | Vet ikke/uaktuelt                     |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Stortinget                               | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) Politisk ledelse i Helsedepartementet    | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) Eieravdelingen i Helsedepartementet      | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) Sosial- og helsedirektoratet             | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) Statens helsetilsyn                      | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| f) Det regionale helseforetaket             | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| g) Styret for helseforetaket                | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| h) Administrativ ledelse i helseforetaket   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| i) De ansattes organisasjoner               | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| j) Andre helseforetak i regionen            | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| k) Bruker-/pasientorganisasjoner            | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| l) Brukerutvalg                             | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| m) Kommunale og fylkeskommunale myndigheter | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| n) Massemedia                               | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| o) Lokale aksjonsgrupper                    | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |
| p) Private tilbydere                        | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> | <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> |

**13. Ut fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer, som følge av reformen, på følgende områder for ditt helseforetaks vedkommende?**

|  | I svært<br>liten grad      | I nokså<br>liten grad      | Både og                    | I nokså<br>stor grad       | I svært<br>stor grad       | Vet ikke/<br>uaktuelt      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Kortere ventelister/ventetider  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| b) Mer effektiv økonomistyring   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| c) Sterkere pasientinnflytelse/<br>brukermedvirkning                           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| d) Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter<br>– døgnplasser               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| e) Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter<br>– polikliniske tilbud       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| f) Styrket kreftomsorg   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| g) Bedre utnytting av personellressursene                                      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| h) Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad<br>i helseforetaket              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| i) Bedre arbeids- og funksjonsfordeling<br>mellom helseforetakene i regionen   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| j) Økt fokus på utdannings- og forsknings-<br>oppgavene                        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| k) Økt fokus på pasientopplæring   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| l) Utvikling av kvalitetsindikatorer   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| m) Færre korridorpasienter   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| n) Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til<br>byråkrati og administrasjon | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| o) Bedre samarbeid med<br>kommunehelsetjenesten                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| p) Større likhet i tjenestetilbudet i regionen                                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| q) Mer profesjonell og resultatfokusert<br>ledelse                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |